DR. **RINALDO DE LAMARE**

# A vida do Bebê

**NOVA EDIÇÃO** REVISTA E ATUALIZADA PELO
**PROFESSOR DR. EDIMILSON MIGOWSKI,**
DIRETOR DO INSTITUTO DE PEDIATRIA DA UFRJ

# A VIDA DO BEBÊ

DR. RINALDO DE LAMARE

# A VIDA DO BEBÊ

ATUALIZAÇÃO COORDENADA PELO
PROFESSOR DOUTOR EDIMILSON MIGOWSKI

Copyright © by Rinaldo de Lamare, 2014

Direitos exclusivos para publicação,
Ediouro Publicações S.A., 2001
Todos os direitos reservados.

Publisher
**Kaíke Nanne**

Editora executiva
**Carolina Chagas**

Coordenação de Produção
**Thalita Aragão Ramalho**

Produção editorial
**H+ Criação e Produções**

Revisão
**H+ Criação e Produções**

Diagramação
**H+ Criação e Produções**

Capa
**Luiz Basile | Casa Desenho Design**

Produção de ebook

**Letícia Lira**
**Mariana Mello e Souza**

D378L
43a

De Lamare, Rinaldo, 1910 – 2002
A vida do bebê / Rinaldo de Lamare – 43ª edição Rio de Janeiro: Agir, 2014.
720p.: il

ISBN: 9788522030286

1.Crianças – Saúde e higiene. 2. Crianças – Cuidado e tratamento. I. Título.

CDD 649.1
CDU 1

AGIR EDITORA LTDA.
RUA NOVA JERUSALÉM, 345 - BONSUCESSO
CEP 21042-235 - RIO DE JANEIRO - RJ
TEL. (21) 3882-8200 - FAX: (21) 3882-8313

*A maior felicidade e proteção do bebê é ter os seus pais perfeitamente esclarecidos quanto a sua criação e educação.*

*"As mulheres que concebem e amamentam apresentam uma espécie de rejuvenescimento em todo o organismo, acompanhado de um caráter mais forte, mais resistente à dor, com refinamento de todas as qualidades mais belas da alma feminina: a bondade, a ternura, a resignação, o espírito de sacrifício e a abnegação."*

Pinard

*Este livro é dedicado àquelas crianças desamparadas da sorte e da fortuna, cuja observação e estudo permitiram a formação profissional do autor, e que pela sua mesa de exame desfilaram nos diversos hospitais, humilde, chorosa e sofridamente.*

*O autor*



*Por sua magnífica colaboração, beijo as mãos, agradecido, de minha querida Germana, esposa e secretária.*

O livro *A vida do bebê,* de autoria do dr. Rinaldo de Lamare, é uma obra de arte e, sendo uma obra de arte, não deve ser refeita, mas no máximo restaurada, preservando toda a harmonia. Foi com espírito de "restaurador de arte" que procurei fazer o meu trabalho, lendo de forma meticulosa cada palavra, revendo cada fotografia e criando novos tópicos e textos. Na coordenação, em conjunto com a dra. Thatiane Mahet, dos outros revisores, desempenhei todo o meu trabalho. Procurei manter a característica do autor, que tinha, como nenhum outro pediatra, a arte de passar em linguagem coloquial ensinamentos extremamente úteis para os pais, responsáveis e cuidadores de crianças.

Valem algumas observações: quando o livro foi escrito, e a primeira edição já tem mais de sete décadas, a medicina era diferente, não tomava como base estudos clínicos dentro do rigor científico. A opinião do profissional contava mais do que qualquer outra coisa e as condutas se baseavam, quase que exclusivamente, na experiência do profissional, e não

em estudos bem conduzidos. Na ocasião, tais estudos não existiam.

Para se ter ideia, na medicina baseada em evidência, tendência atual, a opinião do especialista tem peso irrelevante, sendo os grandes estudos os balizadores das novas condutas. O leitor perceberá que este livro foi revisado dessa forma, tomando por base as orientações das sociedades médicas e de artigos escritos mais recentemente. Algumas orientações foram modificadas, o que pode fazer parecer que havia erro, mas não foi o caso. A medicina é assim, às vezes nos deparamos com "verdades" inquestionáveis que, com o passar dos anos e fundamentadas em novos estudos, passam a ser consideradas condutas equivocadas.

Este livro não tem a pretensão de substituir o pediatra, tem o objetivo de ser um guia para melhor orientar todas as pessoas interessadas em conhecer um pouco mais do universo do desenvolvimento dos bebês e suas necessidades, abrangendo a fase de maior importância, que denominamos mil dias: os nove meses de vida intrauterina e os dois primeiros anos de vida. Esse é o maior segredo para uma vida adulta saudável.

Lembre-se, algumas verdades de hoje deixam de

ser verdades amanhã. O livro não é atualizado na mesma velocidade que a medicina progride, e, por isso, a palavra final sobre o que pode e o que não pode, o que é certo ou errado, em relação ao bebê deverá ser do pediatra e não do livro, pois, ainda que tenha sido escrito e revisado com imenso carinho, jamais substituirá um profissional bem preparado, atualizado e bem formado.

Boa leitura!

Professor doutor Edimilson Migowski
Professor de Pediatria e Infectologia Pediátrica da UFRJ

# Sumário


Capítulo 1 O bebê vai nascer

Capítulo 2 O primeiro dia

Capítulo 3 O segundo dia

Capítulo 4 O terceiro dia

Capítulo 5 O quarto dia

Capítulo 6 O quinto dia

Capítulo 7 O sexto dia

Capítulo 8 A segunda semana

Capítulo 9 A terceira semana

Capítulo 10 A quarta semana

Capítulo 11 O primeiro mês

Capítulo 12 O segundo mês

Capítulo 13 O terceiro mês

Capítulo 14 O quarto mês

Capítulo 15 ❁ O quinto mês
Capítulo 16 ❁ O sexto mês
Capítulo 17 ❁ O sétimo mês
Capítulo 18 ❁ O oitavo mês
Capítulo 19 ❁ O nono mês
Capítulo 20 ❁ O décimo mês
Capítulo 21 ❁ O décimo primeiro mês
Capítulo 22 ❁ O primeiro ano
Capítulo 23 ❁ O décimo quinto mês
Capítulo 24 ❁ O décimo oitavo mês
Capítulo 25 ❁ A dentição
Capítulo 26 ❁ O segundo ano
Capítulo 27 ❁ Práticas médicas domiciliares
Capítulo 28 ❁ Como evitar doenças e acidentes
Capítulo 29 ❁ Doenças comuns na criança
Capítulo 30 ❁ Doenças infecciosas
Capítulo 31 ❁ Bebês-problema

# Capítulo 1

# O bebê vai nascer

# O bebê vai nascer

## INTRODUÇÃO

Todos os bebês devem ser tratados com atenção e competência. Sua saúde nos dois primeiros anos é fundamental para toda a vida. É o conceito dos mil dias, que conta os 9 meses de gestação e os dois anos de idade. Os melhores cuidados com eles nesta fase (o propósito deste livro) são indispensáveis para a formação de uma personalidade saudável. Destacamos aqui dez normas essenciais para auxiliar os pais a alcançarem tão trabalhoso objetivo:

**1)** O casal, antes de planejar uma gravidez, deverá observar a personalidade de cada um.

**2)** A gravidez deverá ser acompanhada por um obstetra.

**3)** Os partos normais demorados podem

trazer problemas para o bebê, além do sofrimento materno. A parturiente não deve temer o parto cesáreo; atualmente, com os progressos da cirurgia e da anestesia, quase não existe risco.

**4)** O recém-nascido deve ser alimentado ao peito pelo menos até os seus seis primeiros meses.

**5)** O bebê deverá receber, com regularidade, as vacinas obrigatórias.

**6)** A criança deverá ter sempre que possível a presença diária da mãe e do pai (que maravilha!) pelo menos nos seus dois primeiros anos.

**7)** Um desmame para a introdução de outros alimentos deverá ser bem orientado, observando e respeitando as rejeições, evitando-se o excesso de sal, de açúcar e de temperos.

**8)** Será necessário um bom treinamento emocional, mantendo ao máximo a mesma rotina diária.

**9)** Será uma sorte o bebê ter pais felizes, transmitindo-lhe alegria, boas condições de

saúde e segurança.

**10)** Os pais devem escolher um pediatra baseando-se em confiança e compreensão recíprocas.

A criança bem assistida nos seus dois primeiros anos de vida, que na idade escolar não se empanturrou com doces e frituras e na adolescência não fumou, não consumiu bebidas alcoólicas, não experimentou drogas e se dedicou a um esporte, terá toda a probabilidade de chegar aos cem anos.

Os pais deverão sempre acompanhar seu filho, sobretudo na idade escolar e na adolescência, cuidando de sua saúde física-mental-emocional, para que ele possa enfrentar com êxito e paciência a competitividade da vida, convenientemente preparado.

*Durante a gestação, a mãe deve ser acompanhada por um obstetra, e fazer todos os exames solicitados.*

## PROVIDÊNCIAS QUE DEVERÃO SER

## TOMADAS ANTES DE O BEBÊ NASCER

**a)** Os pais fizeram exame pré-concepcional? E a mãe está, mesmo antes de engravidar, fazendo uso regular de ácido fólico?

**b)** Durante a gestação a mãe foi acompanhada e assistida por um obstetra, fazendo todos os exames por ele solicitados?

**c)** Procurou frequentar algum curso de puericultura para aprender a cuidar do seu bebê ou leu algum livro com ensinamentos para melhor cuidar do seu filho?

**d)** Nos primeiros trinta dias pós-parto, terá alguém para auxiliá-la? Será o pai, a avó, uma enfermeira, uma babá, uma amiga ou algum parente? Essa pessoa tem experiência suficiente ou apenas boa vontade? Tem bom equilíbrio emocional? É calma? Às vezes, uma auxiliar nervosa cria mais problemas do que soluciona. Ainda em relação aos acompanhantes, eles estão com as vacinas em dia, incluindo coqueluche e gripe?

**e)** No caso de trabalhar fora, já solicitou sua licença de gestante? É um direito.

**f)** Na impossibilidade de o bebê ter o próprio quarto,

o que é ideal, ele poderá ficar no quarto dos pais. Neste caso, deverá ter o seu cantinho, com berço e mesinha com gavetas, que poderá servir também como trocador, além dos seus objetos próprios. Alguns pais, em vez do berço, compram uma cama, que servirá quando ele tiver mais idade.

**g)** Providenciou o enxoval, com roupas adequadas ao clima de sua cidade? O ideal são roupas simples, claras e de fácil manuseio. E as fraldas estão em quantidade suficiente? Lembre às suas amigas que fraldas como presente são sempre bem-vindas! Em média, um recém-nascido usa de oito a doze fraldas por dia.

**h)** Aprendeu como cuidar das fraldas e das roupinhas do bebê? Já aprendeu como cuidar dos bicos, mamadeiras e outros utensílios, inclusive como esterilizá-los?

**i)** Sabe alguma coisa de dieta infantil?

**j)** De acordo com seu futuro pediatra, já comprou os medicamentos que deverão fazer parte da farmacinha do bebê?

**k)** Escolheu os produtos de higiene que usará com seu filho?

**l)** Procurou falar com o médico que cuidará do bebê?

Isso é muito importante.

**m)** Está decidida a amamentar seu filho? Você sabia que as mães que amamentam seus filhos dificilmente terão câncer de mama? Que a queda das mamas é mais frequente nas mães que não querem amamentar? Que a afinidade entre mãe e filho é muito maior entre aquelas que amamentam do que naquelas em que a mamadeira substitui o peito? Acredite, amamentar seu filho é o maior prêmio que você pode ter!

**"O recém-nascido que é amamentado raramente adoece e, quando adoece, raramente morre."**

## AS VANTAGENS DA ALIMENTAÇÃO NATURAL

O bebê amamentado com leite humano, o único alimento com defesas contra doenças, torna-se forte, inteligente e emocionalmente feliz!

**a)** A criança nasceu para alimentar-se com leite materno. As vantagens do leite humano sobre o leite artificial, por mais modificado que ele seja, são

incontestáveis.

**b)** O colostro (nome dado ao leite na primeira semana de vida) é a primeira "vacina" que a criança recebe; ele possui lactoferrina e lisozima, substâncias que protegem o bebê contra infecções; possui elementos poderosos, chamados macrófagos e linfócitos, que produzem o interferon, importante na defesa contra viroses. Possui anticorpos (defesas) contra várias doenças, principalmente as diarreias infecciosas. O colostro protege a mucosa (parede) do intestino contra as infecções através da igA secretória (imunoglobulina A secretória), que impede a fixação de micróbios na mucosa intestinal. Assim, ao nascer, a criança possui defesa, que passa pela placenta por meio das imunoglobulinas G, fabrica sua defesa através das imunoglobulinas M e recebe pelo leite a imunoglobulina A, que não é encontrada no leite em pó ou de caixinha. A grande importância das imunoglobulinas é o fato de elas serem a maior defesa que os bebês têm contra as infecções.

**c)** É mais nutritivo. O cálcio do leite humano é mais bem assimilado do que o do leite de vaca e o de remédios. As crianças têm probabilidade de se tornar mais altas e mais inteligentes. Além disso, o ferro do leite humano é mais bem absorvido do que o do leite

industrializado, sendo um importante fator de proteção contra a anemia.

**d)** É mais higiênico, não havendo perigo de estar contaminado, causando perigosa infecção intestinal (diarreia). O colostro é naturalmente amarelado e espesso, não se trata de pus! A falta de compreensão deste fenômeno natural leva ao desmame de muitas crianças.

**e)** Mamar ao peito não satisfaz apenas o organismo do bebê, mas também o seu espírito. A mamadeira dificilmente poderá substituir as mamas, principalmente quando dada por outra pessoa.

**f)** A nutriz (mulher que amamenta) deve evitar mingaus, cervejas pretas etc., que podem fazê-la engordar exageradamente. Sua dieta deve ser normal, com um pouco mais de leite e frutas, sem açúcar. Ela volta à atividade sexual, após o período puerperal (um mês), sem problemas.

**g)** Dar o peito facilita a volta do útero ao seu tamanho normal. A involução uterina é mais rápida e a perda de sangue é menor, pois durante a sucção da mama há contrações uterinas que facilitam a involução.

**h)** O fator psicológico de querer amamentar é um

fato incontestável; a mãe que deseja amamentar facilita a saída do leite.

**i)** O leite materno protege contra a obesidade, pois a criança só toma a quantidade necessária, sem excessos, na composição exata para as suas necessidades.

**j)** A mulher que nunca amamentou costuma apresentar dor nas mamas após os 35 anos de idade.

**k)** A amamentação protege contra o câncer de mama, que é muito raro em mulheres que amamentaram.

**l)** O leite materno é gratuito!

**m)** Algumas mulheres apresentam certa resistência no início da amamentação pela dificuldade da pega e pela "descida do colostro". Em partos cesáreos sem a entrada em trabalho de parto, o organismo às vezes demora a mandar os sinais para produção do leite (hormônios), mas eles serão enviados assim que o bebê iniciar a sucção das mamas. A mãe deve se manter calma e amparada pelo companheiro.

**n)** Mesmo o leite humano sendo melhor que a alimentação artificial, se a mãe apresentar algum problema e não puder amamentar, NÃO DEVE HAVER MÃE DE LEITE (alimentação cruzada). A mulher portadora de alguma doença, como HIV e

HLTV entre outras, pode ter o leite contaminado. Por esse motivo, a amamentação cruzada, ou seja, deixar que o bebê mame diretamente em outra mulher que não a própria mãe, não deve ser permitida. No caso de leite proveniente de bancos de leite humano é diferente, pois em tal situação o leite é pasteurizado, tornando-se desprovido de riscos de contaminação.

## AS DESVANTAGENS DA ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

**a)** Sempre existe o risco de contaminação do leite animal, desde a ordenha até sua comercialização.

**b)** Pode ocorrer o preparo inadequado das mamadeiras, assim como sua contaminação, devido à manipulação das fórmulas de preparo por babás inexperientes, avós emotivas ou mães distraídas.

**c)** O alimento artificial não fornece, como o leite humano, anticorpos, isto é, partículas para defesa contra infecções.

**d)** A dificuldade na digestão do leite de vaca pode predispor o bebê a vômitos, diarreia e anemia, além

de sua assimilação e digestão poderem ser mais difíceis.

**e)** O bebê alimentado ao peito resiste muito melhor às infecções.

**f)** O afastamento precoce de mãe e filho pode gerar futuros problemas psicológicos.

**g)** O leite de vaca pode causar alergia alimentar muitas vezes grave, com ocorrência de asma, dermatites, diarreias, sinusites, otites etc.

**h)** O leite de vaca só deve ser dado após um ano de idade.

**i)** O gasto com leite artificial para o bebê pode pesar no orçamento da família.

## Preparo das mamas para amamentar

A partir do quinto mês de gravidez, cada mama deve ser submetida a massagens diárias, durante cerca de dez minutos, com alguma substância oleosa, visando ativar sua circulação e promover maior resistência dos mamilos (bicos dos peitos). Desta forma também poderão ser corrigidos os bicos invertidos ou retraídos, que, se não forem tratados a tempo, poderão dificultar a amamentação do recém-

nascido. Os mamilos devem ser tracionados (puxados) suavemente, para ficar mais salientes, obtendo-se melhor resultado se simultaneamente for comprimida a área circunvizinha.

Os primeiros dias são decisivos para a produção e a descida de leite, que deverão continuar até os seis meses ou mais. A mãe precisará da presença ou do auxílio de alguém experiente. E deve ter um sutiã firme e bem ajustado, pois as mamas habitualmente ficam cheias nos dois primeiros dias e às vezes até o quarto dia. Deve-se usar o sutiã nos primeiros três meses de amamentação.

Algumas mães, principalmente quando o parto de escolha é o parto cesárea, e sem a entrada em trabalho de parto, têm uma maior dificuldade de iniciar a produção e descida de leite, porém, quando o recém-nascido inicia a sucção, logo se tem a produção do colostro. É importante que a mãe, ao escolher este tipo de parto, saiba que esta dificuldade inicial pode ocorrer, mas que não será impeditiva da amamentação.

## Mamas flácidas (peitos caídos)

É indispensável um sutiã adequado durante a

gestação e depois do parto, mesmo que a mãe não pretenda amamentar, porque as mamas ficam muito mais volumosas e vão afrouxando os ligamentos que as sustentam, o que pode contribuir para um futuro peito caído. Caso seja possível, deve-se expor as mamas por alguns minutos ao ar livre e ao sol. Isso tornará a pele mais resistente, sendo também importante na prevenção de problemas com os mamilos durante a amamentação.

Com esses cuidados, as mães estarão preparando da melhor maneira uma amamentação prolongada e sem obstáculos, tão frequentes mas facilmente evitáveis, como os mamilos invertidos ou retraídos, pele dolorida, fissuras (rachaduras) etc.

Um conselho oportuno: as mulheres que têm tendência a apresentar varizes estão propensas a tê-las durante a gravidez. O uso de meias-calças adequadas, que exercem compressão proporcional e reduzem a dilatação das veias, facilitando, assim, a circulação do sangue em velocidade normal, é um recurso aconselhável, o que também diminui a chance do edema de membros inferiores (inchaço nos pés) tão comuns na gestação.

Submeter-se a cirurgia plástica para aumentar as mamas não interfere na amamentação, nem a

colocação de silicone, porém diminuí-los apresenta riscos de que sejam cortados os dutos lácteos, e o transplante dos mamilos pode impedir a amamentação. É importante lembrar que as novas cirurgias de diminuição das mamas tendem a preservar o maior número de dutos lácteos (que são responsáveis pela saída do leite), possibilitando à mãe que passou por este procedimento a tentativa de amamentação.

## O ENXOVAL IDEAL

Uma das tarefas mais agradáveis para a futura mãe é fazer ou comprar o enxoval do seu bebê, e se for então o primeiro, que alegria!

Hoje temos uma variedade de opções para a melhor escolha da mãe. Não existe um enxoval ideal (ou melhor, ou pior). Existe o melhor enxoval para sua região, para sua condição financeira e para seu gosto.

A principal medida que a mãe tem que observar é se o produto é fiscalizado e tem o selo para sua comercialização, por exemplo, o do Inmetro

(principalmente carrinhos, bebê-conforto e brinquedos).

Apresentaremos as necessidades ideais do enxoval para o recém-nascido:

O tecido mais convenientemente usado é o algodão. Os bordados, sem exagero, ficarão a critério da mãe. Evite os tecidos com fios soltos. Os mais aconselháveis são os de fibras com propriedades macias, flexíveis e facilmente laváveis. Os tecidos sintéticos, náilon, dácron e tergal, não são indicados. Providencie doze camisas de pagão ou de opala, sendo seis com manga e seis sem manga, seis casaquinhos, sendo quatro de malha e dois de fustão, seis macacões, sendo três de malha e três de plush (tecido atoalhado). Eles são úteis para as crianças que se agitam muito à noite, descobrindo-se. Seis sapatinhos lisos, sem fiapos nem bolas de algodão, quatro meinhas de algodão, oito babadores de plush, quatro mantas de flanela de algodão, de malha de fio de seda ou de algodão, ou de fibra acrílica virgem. Reserve uma para os passeios, uma capa para passeio, de seda, malha de fio de seda ou de fibra acrílica virgem, seis jogos de cama (lençóis e fronhas). Os lençóis e fronhas deverão ser lisos, sem bordados ou fiapos. Geralmente as crianças só usam travesseiros

após os seis meses de idade. Evite travesseiros de paina ou de pena. Seis lençóis para o carrinho e um bebê-conforto acolchoado de algodão, seis toalhas de banho, sendo três de tecido de fralda e três de tecido atoalhado; as toalhas de papel descartáveis estão sendo mais usadas do que as de tecido, por serem mais práticas e mais higiênicas.

Os tradicionais panos de prato são absolutamente contraindicados para enxugar louças, mamadeiras e talheres do bebê. Utilize toalhas de papel descartável.

## Acessórios

Berço com colchão, carrinho tipo guarda-chuva, banheirinha plástica, sacola para fraldas, cesto de roupa suja, protetor de berço, cesta de toalete, impermeável para cobrir o colchão antes de colocar o lençol — deverão ser preferidos os de tecido impermeável, pois os emborrachados esquentam muito e poderão irritar a pele do bebê —, esteirinha de praia para ser colocada entre o lençol e o impermeável durante o verão, "moisés" (porta-bebê — não coloque o bebê diretamente sobre o plástico; deve-se forrá-lo com tecido de algodão), cortinado de náilon (lave-o frequentemente, tomando cuidado

para não acumular pó). Bebê-conforto para transportar o recém-nascido no banco traseiro do automóvel (nunca leve-o ao colo, sobretudo no banco da frente). Lembramos que hoje, no Brasil, este último item é obrigatório pela nossa lei de trânsito.

Lembre-se de que o berço do bebê não deve apresentar nada além do lençol (evitar uso de protetores ao redor, bonecas e bichos de pelúcia, porque eles podem colocar seu filho em risco de sufocamento).

Em algumas regiões brasileiras é necessário o uso de mosqueteiro no berço, em janelas e em carrinhos, para evitar picadas de insetos e doenças por eles transmitidas. Lembramos que recém-nascido não pode usar repelentes!

## Uso de chupetas e mamadeiras

O Unicef (Fundo das Nações Unidas para Infância), a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a Sociedade Brasileira de Pediatria não indicam a utilização de chupetas e mamadeiras, principalmente chupetas.

Sabe-se que a sucção pelo bebê promove a

liberação de hormônios (endorfina) que levam a sensação de prazer e bem-estar ao bebê. Porém, a melhor sucção é a succão das mamas maternas, que leva ao desenvolvimento dos ossos e músculos da face e mastigação, assim como à oclusão dentária.

O uso de chupetas e mamadeiras está relacionado com um menor tempo de duração do aleitamento materno e com a dificuldade de amamentação. Além disso, pode alterar na formação dos dentes, problemas de atraso de linguagem e na fala, devido a má formação da arcada. Crianças que usam chupetas têm maior tendência a terem infecções de ouvido, rinites e amidalites, assim como candidose oral (conhecida como sapinho), diarreia e verminoses, já que é quase impossível manter a chupeta em condições higiênicas adequadas.

Falaremos melhor sobre o uso de bicos (chupetas e mamadeiras) no capítulo de dentição (capítulo 25).

## Roupas

O bebê deverá ser vestido de acordo com a temperatura, evitando fitas e colchetes. Não confeccione roupas que sejam enfiadas pela cabeça do bebê; não faça costuras debaixo dos seus braços, pois

são desconfortáveis. Tenha roupas que sejam fáceis de lavar; a limpeza terá de ser impecável, pois a pele do bebê é muito sensível a infecções. Evite botões e lacinhos, use fechos de velcro, mais rápidos, práticos e seguros. A abertura para a passagem da cabeça, tanto de camisas quanto de suéteres, deverá ser suficientemente larga para evitar a dificuldade de vesti-las e despi-las, irritando a criança.

No começo seu filho crescerá muito depressa. O peso e o tamanho de um bebê no primeiro ano de vida mudam tão depressa que, ao se preparar o enxoval, deve-se pensar nas três etapas às quais correspondem os diferentes tamanhos de suas roupas; o primeiro vai até seis meses; o segundo, de seis meses a um ano; e o terceiro, de um a dois anos.

Deverão ser abolidos os tecidos de lã que soltem fiapos. Estes, como as partículas de pó do talco, penetram pelos orifícios nasais, irritando a mucosa que os protege internamente, sobretudo em bebês sensíveis, provocando rinite e roncos com tendências crônicas.

Devemos chamar a atenção dos pais para o fato de que roupas modernas, feitas com tecidos sintéticos, como náilon, tergal, dácron e outros, contêm uma substância química anti-inflamável, para evitar que o

tecido, em contato com o fogo, mesmo a fagulha de um fósforo, queime rapidamente. Essas roupas deverão ser lavadas três vezes com água fervente antes de serem usadas pela primeira vez. Cuidado igual se deve ter ao lavar a roupa com produtos amaciantes. Não se deve esquecer que algumas crianças têm o hábito de chupar a roupa, o que é prejudicial, pois esses produtos possuem substâncias tóxicas ou podem causar alergias.

Toda roupa para uso do bebê deve ser lavada separadamente das roupas dos adultos, com sabão líquido neutro e evitando o uso de alvejantes e amaciantes comuns.

## Vestindo o bebê

**Primeiro tempo** – fraldas: podem ser usadas fraldas de pano ou descartáveis.

**Segundo tempo** – camisa de pagão.

**Terceiro tempo** – macacão. Os pés do macacão devem ser vestidos como se fossem meias.

**Quarto tempo** – casaquinhos, conforme a temperatura.

**Quinto tempo** – babador.

**Sexto tempo** – sapatinhos.

Toucas, capas, calças de borracha etc. só por ocasião de passeios.

Escolher com cuidado a quantidade de roupa de acordo com a ocasião e com o clima no dia. Em dias quentes como no verão do Rio de Janeiro ou do Nordeste brasileiro não se deve usar nada além de uma roupa leve, evitando assim o uso excessivo de roupas. Outro exemplo é o inverno no Sul do Brasil, que exige cuidado com o uso de poucas roupas, já que o recém-nascido sente mais frio.

## Fraldas

Qual é o tipo mais indicado? De algodão ou descartável? As tradicionais fraldas de algodão são bem toleradas e mais baratas. Atualmente têm seu uso diminuído. As fraldas descartáveis são atualmente as mais usadas por sua praticidade. As de boa qualidade não causam nenhuma irritação à pele do bebê. Atualmente as fraldas descartáveis substituíram em grande parte o uso de fraldas de algodão pelo seu

baixo custo e pela grande variedade no mercado. Existem várias marcas, e estão disponíveis em tamanhos recém-nascido, pequeno, médio e grande, já que durante o primeiro ano, com o crescimento rápido do bebê, há necessidade de se usar tamanhos diferentes, que se ajustem bem e que não apertem a cintura. Nas primeiras semanas, usualmente o tamanho recém-nascido é adequado, mas bebês maiores ao nascimento podem já de início necessitar de fraldas de tamanhos maiores. Desta forma, não é conveniente comprar grande quantidade de fraldas do mesmo tamanho, para que depois não se tornem pequenas e inadequadas.

Algumas crianças podem apresentar quadros de "alergia cutânea" ao contato com um tipo de fralda, às vezes relacionados à fita adesiva, ao elástico ou ao *floc-gel* absorvente. Habitualmente, essas alterações melhoram com a troca da marca e com tratamento local recomendado pelo pediatra.

Vale ressaltar que o consumo diário de fraldas descartáveis é de cerca de oito a doze. Nos primeiros dias poderá ser maior devido às evacuações mais frequentes (cerca de oito a dez), o que é normal e relacionado às mamadas mais frequentes (reflexo gastrocólico).

## A higiene das fraldas de pano

Deverá haver um balde próprio, com tampa, que comporte cerca de quarenta fraldas. As fraldas urinadas deverão ser lavadas ligeiramente na torneira e colocadas de molho no balde, com água e sabão neutro em pó. Jogue as fezes das fraldas no vaso sanitário; a seguir, lave-as também e coloque-as de molho no balde. As fraldas poderão ficar de molho até 24 horas. Diariamente, jogue fora a água, enxague as fraldas e torça-as ligeiramente, colocando-as (de preferência) na máquina de lavar, na qual será colocado também sabão em pó neutro. Não deverão ser usados amaciantes, alvejantes ou produtos que perfumem os tecidos. Após retirar as fraldas da máquina, deixe-as secar, se possível, ao sol, e passe-as. O tecido que reveste a tábua de passar deverá estar sempre limpo. Não há necessidade de ferver as fraldas, e está contraindicado o uso de detergentes, a não ser em situações especiais, sob orientação do pediatra (crianças com piodermite, por exemplo). Quando não houver máquina de lavar, enxague-as várias vezes, para retirar todo o resíduo de sabão em pó.

## Cuidados para evitar assaduras no recém-nascido

**a)** Cada vez que trocar a fralda, lave as nádegas e adjacências para evitar assaduras.

**b)** Mude a fralda toda vez que estiver molhada ou suja.

**c)** Use pomada à base de óxido de zinco ou similar na região perianal. Conforme a melhor aceitação da pele do recém-nascido, pode-se usar também óleo mineral. Ocorrendo alguma alteração na pele o pediatra deverá ser consultado.

**d)** Mantenha-o algumas horas sem fralda.

**e)** Deve-se evitar o uso excessivo de lenços umedecidos, por gerar umidade no bebê, o que predispõe a assaduras.

**f)** No caso de apresentar assadura (dermatite), ver link.

## Lenços umedecidos

A limpeza frequente e necessária da pele na área coberta pela fralda aumenta o seu ressecamento. Ao mesmo tempo, a pele fina dos recém-nascidos e das

crianças pequenas reage de maneira especialmente sensível às irritações mecânicas como a fricção. Uma maneira prática, higiênica e, além de tudo, muito suave de fazer a limpeza de seu bebê a cada troca de fraldas é o uso de lenços umedecidos. Assim como as fraldas descartáveis, os lenços umedecidos proporcionam a praticidade que a vida moderna exige e são muito úteis para limpar o bebê, inclusive durante o passeio. Os lenços umedecidos devem ser usados apenas em passeios. Em seu lar, a melhor maneira de limpar seu bebê é usando água morna com algodão, deixando-o bem seco para evitar o risco de assaduras. No caso de alergias ao lenço umedecido, interrompa seu uso e use somente água potável.

## A FARMACINHA DO BEBÊ

### Material de toalete

Este deve ser o mais simples possível: sabonete neutro, óleo e cremes próprios para o bebê (nada de perfumes), pinça, algodão hidrófilo, fita adesiva (esparadrapo), cálice graduado de 100ml, colher de

chá, plástica ou de metal, um termômetro e um vaporizador.

## Medicamentos

**a)** De rotina: álcool a 70º, guardado fora do quarto do bebê (frasco de 100ml de plástico), que será usado para higiene do coto umbilical.

**b)** Para febre: antitérmicos e analgésicos, em gotas ou suspensão (ibrupofeno, dipirona, paracetamol). Para cólica, dimeticona; para as narinas: solução fisiológica.

## Cuidado com os medicamentos

**a)** Os antibióticos em xarope devem ser conservados em lugar fresco e bem fechados. Os anti-bióticos em pó, após adição de água, só poderão ser usados por até quinze dias.

**b)** As soluções de gotas nasais só devem ser usadas, uma vez abertas, durante três meses.

**c)** As ampolas: verifique bem sua validade.

**d)** Frascos para aplicação de injeções: uma vez abertos, deverão ser usados logo; de acordo com

instrução médica, poderão ser empregados dentro de 24 horas.

**e)** Pomadas contendo antibióticos, bem como os medicamentos em pó, não devem ser conservadas por mais de três meses.

**f)** Os pós deverão estar ao abrigo da umidade.

**g)** Xaropes contendo algumas substâncias químicas, inclusive sulfamidas, bem como gotas nasais, não deverão ser conservados por mais de três meses.

**h)** Supositórios deverão ser conservados no refrigerador.

**i)** As pomadas e os antibióticos para os olhos e para a pele não devem ser aplicados por mais de sete dias sem recomendação médica.

**j)** A água do vaporizador deve sempre ser fervida, não use a da torneira.

**Não use remédios sem orientação do seu pediatra.**

## O QUARTO DO BEBÊ

### Luz apagada, vidraça aberta e porta

## fechada

O quarto deverá ser bem arejado. Os revestimentos de fórmica poderão ser utilizados, sendo práticos e de fácil limpeza.

O quarto não deverá ser limpo com vassoura ou espanador; use um aspirador de pó e também passe pano úmido. Se possível, o bebê deverá dormir só; mas se não puder ter o seu quarto, poderá dormir no quarto dos pais.

Os bebês, como as flores, são muito sensíveis às alterações de temperatura e umidade, bem como à ventilação e à poluição. O ambiente recomendável é entre 22ºC e 25ºC, e a umidade, entre 40% e 60%. A ventilação dependerá da posição da casa e do quarto e da poluição da cidade e do bairro em que vive a família. Os recursos práticos disponíveis são o ar-condicionado ou os circuladores de ar.

Um antigo ditado diz assim: "Casa que entra sol não entra médico", ou seja, deixar as janelas abertas, permitindo que o sol entre, é uma boa iniciativa que reduz a possibilidade de algumas doenças.

## Ventilador de teto

Pode ser usado sempre no modo exaustão em velocidade moderada, devendo as pás serem limpas uma vez por semana para retirada de mofo e poeira. Não se deve colocar vento diretamente em cima do bebê.

## Ar-condicionado

**a)** Evite expor o bebê a temperaturas muito baixas pela madrugada.

**b)** Não deixe que o quarto fique com todas as janelas e portas fechadas.

**c)** Deixe, de preferência, uma porta entreaberta.

**d)** Para evitar nariz e garganta secos, coloque no quarto, à noite, uma bacia grande com água.

**e)** Não deixe a criança despida; agasalhe-a de acordo com a temperatura.

**f)** O filtro do ar-condicionado deverá ser lavado com detergente neutro uma vez por semana.

## Os móveis

Os móveis laqueados são os que apresentam

melhores condições de higiene por poderem ser lavados. Use móveis lisos, sem entalhes, para não acumular poeira. São necessários um armário, uma cômoda, uma cama, uma mesa e uma cadeira. Um tipo de cômoda muito prática é a que na parte superior tem um colchonete para vestir, limpar e trocar a roupa do bebê, pois no berço, ou na cama dos pais, esta tarefa torna-se incômoda. Sobre a mesa, pode-se ter um abajur de luz fraca, que, quando aceso, não acorde a criança.

*Sempre que possível, o quarto do bebê deve ser bem arejado e com piso, paredes e móveis que facilitem a limpeza e não acumulem poeira e mofo.*

## Os berços

Existem três tipos: o berço fixo, o portátil e o balouçante. Lembre-se que atualmente, no Brasil, existem normas que os fabricantes de berço têm que cumprir, com certificação do Inmetro.

**Berço fixo:** a cama do bebê. O tamanho do berço geralmente é de 90cm de comprimento e 40cm de largura; entretanto, pode-se comprar uma cama com cercado, que servirá por mais tempo (de 1,20m a 1,40m de comprimento e 60m a 70cm de largura, de preferência de madeira).

As grades: deverão ser altas (arredondadas, fortes e separadas uma da outra, para poder melhor visualizar o bebê no berço, mas não o suficiente para que a cabeça do bebê possa ser introduzida entre elas), móveis e seguras; quando abaixadas, deverão ter meio metro de distância do colchão — não deve haver travessas entre elas, para evitar que a criança trepe; sem parafusos grandes, com pontas ou arestas agudas.

Encosto das extremidades: as tábuas deverão ser lisas, sem enfeites. As aplicações de decalques

coloridos não devem estar do lado de dentro, pois eles saem com facilidade; podem ser colocados do lado de fora do berço como decoração.

O estrado: deverá ter duas barras de estabilização, para evitar que se descompense.

O colchão: deverá ser do tamanho do berço e baixo. Evite espaços grandes entre as grades e as tábuas das extremidades (2cm, no máximo). O colchão de molas não é aconselhável; a criança de um a dois anos começa a pular. Colchões de crina, palha e algodão são alergizantes; recomendam-se os de espuma de borracha com ventilação lateral revestidos com tecido resistente. Ao se fazer a cama do bebê, deve-se colocar o impermeável sobre o colchão antes do lençol.

Travesseiros: não deverão ser usados os pequenos e baixos, pois são perigosos e podem causar sufocação. O bebê tem a cabeça grande e o pescoço curto em relação ao corpo; por isso, usando travesseiros, ele pode forçar a coluna, causando tensão. Após os dezoito meses ele poderá ser usado, se a criança preferir. Entretanto, aos três meses, pode-se colocá-lo por baixo do colchão e ele deverá ser tão largo quanto

este, criando uma suave elevação para o lado em que o bebê coloca a cabeça.

Brinquedos no berço: deverão ser lisos e sem tinta, não muito pequenos, que possam ser mordidos ou até engolidos, nem muito grandes, para que o bebê não suba neles e possa assim cair do berço. Devem ser evitados até um ano de vida. Uma boa dica é seguir as orientações do Inmetro e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Almofadas no berço: são os acolchoados laterais, úteis dos três meses em diante, devendo ser bem amarrados para evitar sufocação (devem recobrir todos os lados do berço para impedir que o bebê se machuque). Quando o bebê começa a ficar de pé, é bom retirá-los, senão ele pode trepar e cair do berço. Estes acolchoados devem ser lavados periodicamente.

No verão uma esteirinha entre o lençol e o impermeável é aconselhável para tornar este mais fresco. Os impermeáveis de plástico funcionam como verdadeiros emplastros, não permitindo que a pele do bebê transpire livremente, acabando por macerá-la, devido ao acúmulo de suor, e predispondo ao impetigo, à piodermite e a outras infecções da pele.

**Berço portátil:** denominado "moisés", é prático, leve, passando facilmente pelas portas e podendo ser carregado à vontade. Só é indicado para crianças com até 75cm de altura (doze meses), passando em seguida para o berço fixo. Geralmente é usado dos seis aos nove meses, dependendo do tamanho do bebê. No clima quente o uso do cesto de palha é aconselhável, pois é mais arejado que o de plástico ou o de lona. Nunca use travesseiros. Poderá ser colocado na cama, sobre duas cadeiras protegidas, ou mesmo no chão, se este estiver limpo, encerado e for de pouco movimento. Cavaletes, muito cuidado! Tome providências contra cães, gatos, baratas e ratos.

**Berço balouçante:** ainda é usado. A criança balança com o berço e não rola dentro dele (deve haver uma tranca para imobilizá-lo, quando se desejar). Ver o novo conceito sobre o embalo do bebê.

## Cadeira de balanço

Os norte-americanos concluíram que ela aumenta

o efeito tranquilizador que o seu bebê sente quando você o segura balançando suavemente. Uma música suave o ajudará a dormir melhor.

### Banheiras

As antigas são de metal, sustentadas por pés altos; a bacia não deixa de prestar bons serviços. As modernas são de plástico e mantidas em cavaletes. Elas apresentam a vantagem de poder ser guardadas quando não estão em uso e de não machucarem as crianças que gostam de bater os pés quando tomam banho. A higiene deve ser feita com água, sabonete neutro e álcool a 70%.

## ESCOLHENDO O PEDIATRA

Por ocasião do nascimento do primeiro filho, os pais, ao escolherem o pediatra, o fazem com a maior emoção. Geralmente aceitam ou mesmo pedem a indicação do obstetra, do médico da família ou de algum parente médico. Os parentes e amigos também costumam indicar o "seu" pediatra, tecendo

louvores sobre sua especial particularidade de "acertar" com as doenças.

Os pais deverão se certificar se o profissional é habilitado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Se o recém-nascido for prematuro, deverá ser assistido por um neonatologista, uma subespecialidade da pediatria que exige um treinamento de três anos. O bebê deverá ser levado ao pediatra semanalmente até completar 2,5kg e, depois, mensalmente.

Esta não é uma decisão a ser tomada facilmente pelos pais. O ideal, no médico escolhido, seria a conjugação da sua capacidade técnica ao perfeito relacionamento com os pais e a criança. Não satisfaz um médico competente, mas frio, pouco solícito ou inacessível, como também não resultará positivo em doença grave, de difícil diagnóstico, evolução e tratamento, o médico bondoso e abnegado, porém com conhecimento insuficiente. Não há dúvida de que a decisão obedece à influência dos princípios da "confiança e simpatia", especialmente se esta decisão obtiver a aprovação do médico da família. Porém ainda há outro detalhe: deve-se procurar saber se o médico pode ser encontrado facilmente.

Nada é mais compreensível do que os pais desejarem tê-lo num momento de aflição, ou num

contato telefônico imediato.

É atendendo a esta necessidade que os pediatras estão se organizando em grupos ou em clínicas. A instalação de prontos-socorros infantis, que vão se difundindo pela maioria das cidades, veio resolver o problema do atendimento imediato.

A prática tem-nos revelado que alguns pais têm seu próprio médico, podendo procurá-lo sem cerimônia, tendo consultório e residência às vezes no mesmo bairro. Entretanto, dispõem também de um pediatra experiente, que consultam em casos graves e ao qual levam seu filho para exame periódico de quatro em quatro ou de seis em seis meses.

O que deve ficar estabelecido é a confiança e a compreensão recíprocas. Não havendo isso, é preferível mudar de pediatra, respeitando o código da ética médica.

Atualmente alguns pais, devido à sua situação econômica, têm de recorrer a pediatras públicos ou conveniados; deverão pedir informações a parentes, amigos obstetras sobre os mais recomendáveis.

Deve-se escolher o pediatra antes do nascimento do bebê e ter uma consulta pré-nascimento com o mesmo. Nesta primeira consulta a mãe deve ter em mente (levar por escrito) todas as suas dúvidas sobre

amamentação, banho e primeiros dias do bebê. Esta consulta torna-se importante porque as visitas realizadas na maternidade geralmente são rápidas, cheias de acompanhantes (avós, parentes) e, com a emoção dos primeiros momentos com o filho, as primeiras perguntas acabam sendo esquecidas, o que gera inúmeras dúvidas na mãe e às vezes acarreta o desmame precoce ou erro no trato do bebê nestes primeiros dias.

## ESCOLHENDO A BABÁ

A tradicional babá representa na vida dos nossos filhos um papel muito importante. Os pais, quando a contratam, não devem fazê-lo de modo indiferente ou leviano. Devem escolhê-la com cuidado: em primeiro lugar, indagando sobre sua saúde, o que deverá ser feito com o auxílio do médico. As candidatas à função que tenham doenças de pele, tosse crônica, dentes ruins e amígdalas infectadas, ameaças permanentes para o bebê, deverão ser tratadas antes de serem contratadas. Uma medida que os pais devem tomar é ver se o cartão de vacina da

babá está atualizado, assim como vaciná-la todo ano contra a gripe (se não houver contraindicação).

Recomenda-se dispensá-las se não houver certeza de seu caráter e seriedade profissional. Cuidado com as dissimuladas: na presença dos patrões, são uns anjos; na ausência, umas pestes! As muito jovens, ao brincar demais, podem excitar o bebê; as mais idosas, por comodidade, gostam de manter as crianças quietas, atemorizando-as com histórias do "bicho-papão" e outras bobagens, quando não lhes dão calmantes, por conta própria. Entretanto não se esqueça de tratar sua babá com simpatia e carinho, para que ela faça o mesmo com o seu filho!

A primeira babá deve ser apresentada a seu filho com carinho. Nunca os deixe a sós pela primeira vez; a mãe deverá permanecer próxima algum tempo durante alguns dias, uma a duas horas pelo menos, antes que tenha de sair. Mantenha seu filho no colo enquanto estiver conversando com a babá pela primeira vez.

Existem serviços que oferecem babás temporárias (*baby-sitter*). Os pais deverão se informar da qualidade desses serviços.

No caso de não ser possível contratar uma babá, ou uma *baby-sitter*, deve ser cogitada, no impedimento

da mãe ou sogra, a ajuda de parentes, amigos ou vizinhos.

## ESCOLHENDO A CRECHE

Uma opção para casais que não queiram babá é a utilização de creches. Atualmente a maioria das creches aceita crianças a partir de quatro meses. As creches podem ser particulares ou públicas. Sim, existem creches públicas e todas as mulheres têm direito a ela. Deve-se procurar com antecedência, para inscrever-se a tempo e ver como funcionam as creches na sua região.

Para escolher uma creche particular você deve iniciar a procura pelo menos dois meses antes. Deve-se fazer inúmeras visitas a creches pré-selecionadas. Uma boa opção é conversar com as mães na saída da creche sobre os prós e contras daquele estabelecimento, e para saber o que a creche oferece.

Deve-se prestar atenção especial à proteção adotada pela creche onde você está deixando seu filho, como redes nas janelas, utilização de escadas, tomadas protegidas, cozinha sem acesso pelas crianças, piscinas

com sistema de proteção, funcionários experientes no trato com crianças.

Geralmente, ao inscrever seu filho na creche, existe um período de adaptação que dura aproximadamente de uma a duas semanas, e que é muito importante para a posterior vida escolar de seu filho. Esta adaptação é feita com a mãe e a criança frequentando juntas a creche. Este é um bom período para a observação da mãe. Se a creche não oferece o período de adaptação, procure uma que tenha este período, pois ele será importante tanto para seu filho quanto para você (que até então passava 24 horas por dia com o bebê).

## ESCOLHENDO O HOSPITAL

A escolha do melhor local para o parto, seja uma clínica, seja um hospital, deverá ser feita em comum acordo entre o casal, o obstetra e o pediatra. Existem vários locais que oferecem conforto e segurança para a mãe e para o bebê. Recomenda-se que, além de confortável, disponha de sala de pré-parto e de um centro cirúrgico bem-equipados, além de UTI

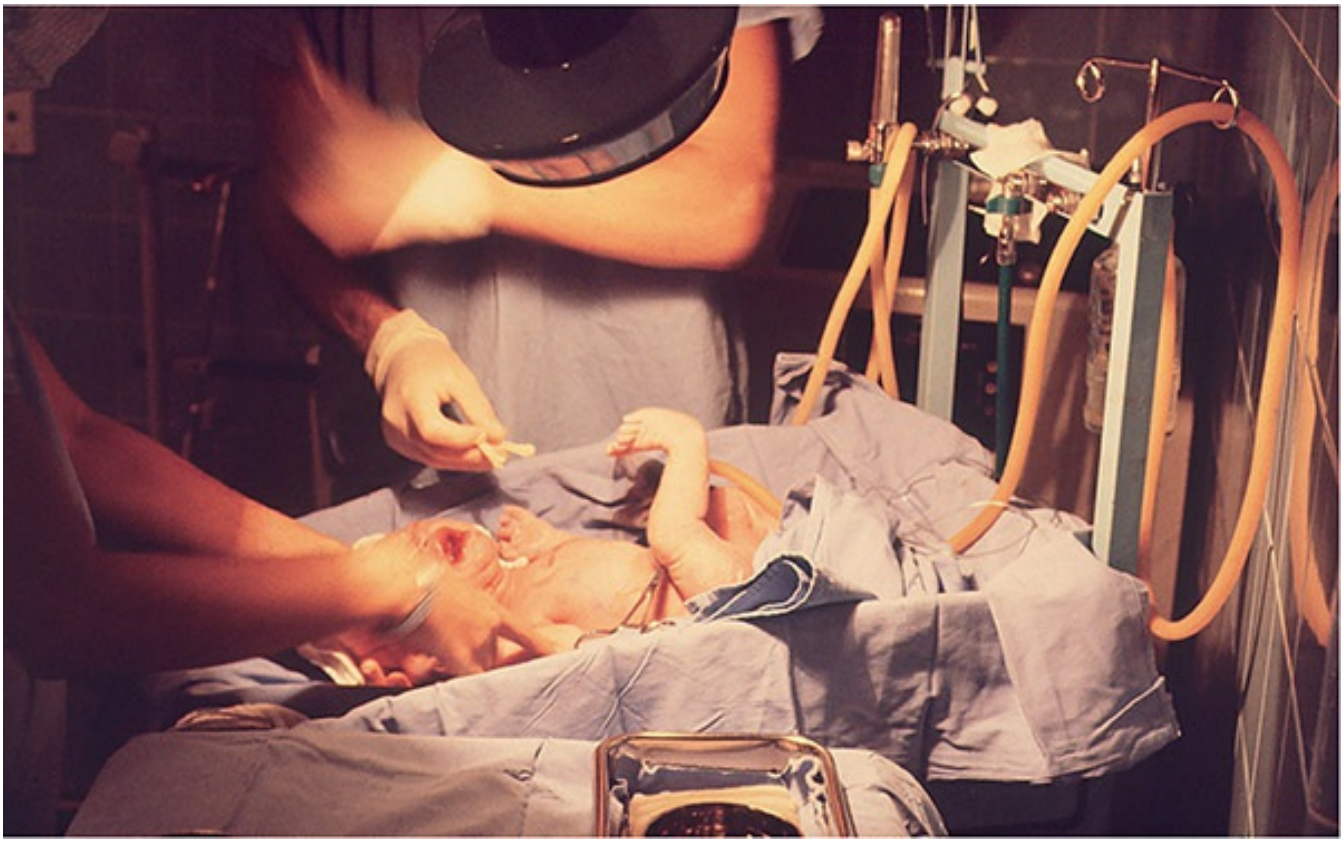
neonatal, para o caso de haver uma emergência, e UTI adulto, caso a mãe apresente alguma complicação da gravidez ou doença crônica como hipertensão, diabetes etc. No caso de gravidez de alto risco, além do suporte da UTI, a presença do neonatologista é imprescindível.

Recomenda-se ainda que o estabelecimento seja próximo à residência do casal e de fácil acesso para a equipe médica. Vale a pena visitar esses locais antes do parto para se fazer uma boa escolha.

O casal que tem plano de saúde poderá escolher o hospital que preencher esses requisitos.

## BEBÊ ADOTADO

A emoção dos pais que adotam uma criança é semelhante à dos pais naturais; só que estes tiveram nove meses para se acostumar, e os pais adotivos geralmente não têm este tempo.



*É muito importante que a sala de parto seja um local agradável para o bebê, evitando-se ruídos desagradáveis e luzes fortes.*

O pediatra desempenhará uma função muito importante nos preparativos para a chegada do filho adotivo.

As visitas médicas deverão ser realizadas normalmente.

Infelizmente, como não pode haver um acompanhamento no pré-natal, é importante redobrar a atenção nos primeiros meses de vida do bebê, para que a qualquer sinal de alteração as devidas providências sejam imediatamente tomadas.

Muitas vezes são necessários exames laboratoriais

na primeira visita ao pediatra.

Suas dúvidas devem ser esclarecidas em visitas especiais para aconselhamento:

"Quando se deve contar à criança que ela é adotada?"

Resposta: dois a quatro anos, isto é, o mais cedo possível, e use sempre a linguagem da criança. Diga-lhe sempre a verdade; a mentira "tem pernas curtas" e logo ela saberá que foi enganada, e isto é muito pior!

Não a pressione se ela se mostrar amedrontada.

"Existe algum problema especial para se preocupar?"

Resposta: não, os problemas são os mesmos para qualquer criança.

"Deve-se contar aos outros que ela é adotada?"

Resposta: se for perguntado, responda honestamente, não fique dando muitas explicações ou detalhes se sua criança estiver por perto, às vezes isto a incomoda.

"E se ela quiser conhecer os verdadeiros pais?"

Resposta: deixe a criança discutir o assunto e mostrar os seus sentimentos. Diga que você vai ajudá-la a procurar, se esta for sua vontade quando crescer. Não a force a procurá-los, não a desencoraje, se isto

for importante para ela.

Quando ela for maior, explique o quanto foi difícil encontrar seus pais biológicos. Seu pediatra deverá estar apto a esclarecer mais dúvidas sobre essas e outras questões a respeito da adoção. Muitas vezes ter o acompanhamento de um psicólogo é importante.

## TESTE DE PATERNIDADE

Atualmente existe um exame que identifica e compara genes do material genético (DNA) obtido pelo sangue do filho, da mãe e do suposto pai. Metade dos padrões de DNA é herdada do pai e metade da mãe. Quando as características do pai são compatíveis com as do(a) filho(a), a probabilidade de ele ser o pai biológico podem chegar a 99,99%, porém se os padrões genéticos do pai não forem compatíveis com os do filho ou da filha, certamente ele não é o pai biológico. É possível fazer este tipo de teste, mesmo antes de o bebe nascer, utilizando o sangue da própria mãe.

## FIQUE LIGADO

**1)** O leite materno é o melhor alimento para seu bebê nos seis primeiros meses de vida.

**2)** Ao comprar carrinhos, cadeiras e brinquedos observe se eles apresentam o certificado do Inmetro.

**3)** Lenços umedecidos são apenas utilizados para limpar seu bebê durante um passeio e não todos os dias (evitando assaduras).

**4)** Na compra do enxoval observe a estação do ano durante a qual seu bebê vai nascer e como é aquele período na sua cidade (muito calor, muito frio).

**5)** Serão utilizadas muitas fraldas descartáveis (em torno de oito a doze por dia), então as tenha sempre à mão nos passeios.

**6)** Deve-se instalar mosqueteiros nos ambientes em que a criança passar a maior parte do tempo. Não se deve usar repelentes antes dos seis meses de idade.

**7)** Não se deve usar chupetas e mamadeiras.

**8)** Faça uma consulta com o pediatra antes do nascimento do bebê.

# BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO

As células-tronco (CT) estão presentes em todos os tecidos e são responsáveis pela regeneração de pequenas lesões cotidianas que acontecem em nosso corpo. Para que possam exercer suas funções elas devem ter a capacidade de *autorrenovação*, garantindo a reserva de células com capacidade de *reparo* e de *diferenciação* em diversos tecidos. As células-tronco são classificadas em *embrionárias*, aquelas oriundas do embrião ou feto em desenvolvimento, e *adultas*, aquelas obtidas do indivíduo após o nascimento. Por isso as células-tronco presentes no sangue de cordão umbilical são consideradas células-tronco adultas.

A utilização das células-tronco, a denominada terapia celular, usa essas células para a recuperação de tecidos e órgãos. A primeira terapia com uso de células-tronco foi transplante de medula óssea, usado há mais de 50 anos para o tratamento das doenças hematológicas.

As principais fontes para obtenção de grandes quantidades de células-tronco adultas capazes de regenerar a medula óssea e também outros tecidos são o Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP)

e a Medula Óssea (MO).

As vantagens das células-tronco do Sangue de Cordão Umbilical são a ausência de risco para o doador, uma vez que o método de coleta não é invasivo; a disponibilidade imediata das células para transplante; a existência de telômeros maiores do que os das CT da MO — o telômero é um indicador da idade das células: quanto mais jovens são as células, maior sua capacidade de proliferação e diferenciação; a tolerância imunitária — as células responsáveis pela rejeição, no SCUP, são ainda imaturas, incapazes de reconhecer o novo organismo como "estranho" a elas e, portanto, produzem menor reação de enxerto contra o hospedeiro.

O SCUP contém células-tronco hematopoéticas (formadoras do sangue), mesenquimais (formadora de ossos, cartilagem etc.) e endoteliais (formadoras de vasos sanguíneos). Devido a essa diversidade, elas têm sido usadas em terapias celulares, de adultos e crianças, em um número cada vez maior de doenças: na reconstituição da medula óssea, em doenças hematológicas e tumores sólidos; na reconstituição da medula óssea, em doenças autoimunes, como esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e diabetes

tipo I; na reconstituição de tecidos íntegros, em laboratório (bioengenharia); nas doenças neuronais e cardíacas. Mais de 300 unidades de SCUP autólogo já foram usadas em pesquisas para o tratamento de lesões cerebrais em crianças.

Com o objetivo de armazenar essas células-tronco presentes sangue de cordão umbilical para uso futuro foram criados mundialmente os Bancos de Sangue de Cordão Umbilical.

A Resolução RDC nº 56/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é no Brasil a legislação que regulamenta a atividade dos bancos de sangue de cordão umbilical e placentários públicos ou privados. Nesta resolução estão todas as diretrizes relacionadas desde a infraestrutura técnica/administrativa até os processos técnicos como triagem materna, coleta, transporte, processamento, criopreservação, armazenamento, controle de qualidade e distribuição para uso humano das células progenitoras hematopoéticas do sangue do cordão umbilical e placentário.

A legislação brasileira instituiu dois tipos de bancos:

**1)** Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para uso alogênico não aparentado e

aparentado, que constituem a Rede BrasilCord (BSCUP).

**2)** Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para uso autólogo — da própria pessoa (BSCUPA).

Há diferenças entre a finalidade e características dos tipos de bancos apresentados, sendo os bancos públicos destinados somente para o uso alogênico e os privados para uso autólogo.

O banco público trabalha em regime de doação, uma vez coletado e armazenado, o sangue poderá ser utilizado para tratar qualquer pessoa que necessite dele e, desde que haja compatibilidade entre o doador e o beneficiário, inclusive o próprio doador, se o sangue estiver disponível.

O banco público permite ainda que o material armazenado já se destine ao aparentado, nesses casos a doação é feita para utilização em nascituros que guardem parentesco de primeiro grau com portadores de alguma doença que justifique o tratamento com células progenitoras hematopoéticas.

Atualmente, a Rede BrasilCord tem 12 bancos públicos de sangue de cordão umbilical em funcionamento distribuídos pelo Brasil. A rede de bancos públicos tem hoje cerca de 10 mil unidades

armazenadas. Desde 2001, cerca de 150 já foram usadas em transplantes (www.inca.gov.br).

O banco de armazenamento de sangue de cordão umbilical e placentário privado destina-se ao armazenamento exclusivamente para uso do próprio doador. Armazenando o sangue de cordão umbilical, fonte segura e abundante de células-tronco, num banco privado o cliente tem a certeza que este estará prontamente disponível para o uso, eliminando a demora e as incertezas na busca de compatibilidade.

O Brasil conta hoje com 17 bancos de sangue de cordão umbilical autólogos, segundo relatório da Anvisa de 2011. Ao fazer a contratação de um deles para o armazenamento deste material tão precioso, o cliente deve verificar se o banco escolhido tem as especificações mínimas exigidas pela Anvisa para seu funcionamento. E, ainda, se este possui certificações adicionais que irão trazer maior qualidade ao serviço prestado, como a Acreditação pela Associação Americana de Bancos de Sangue (AABB, sigla em inglês).

## COLETA E ARMAZENAMENTO

A coleta do sangue de cordão umbilical e placentário é um ato não invasivo, indolor e que não traz nenhum tipo de risco para a mãe ou o bebê. O procedimento deve ocorrer logo após o nascimento do bebê, quando o cordão umbilical é *clampeado* e cortado pelo obstetra, e o bebê é entregue ao pediatra. Após a separação do bebê do cordão umbilical ocorre, então, a coleta do sangue do cordão umbilical, um procedimento seguro, rápido, indolor e que não causa nenhum transtorno ou interferência nos procedimentos médicos habituais do parto, seja ele cirúrgico (cesariano), seja normal (natural). Objetiva-se, nesse processo de coleta, a obtenção do maior número de células.

O sangue coletado no momento do parto é então encaminhado ao laboratório no interior de uma frasqueira térmica com temperatura controlada. O sangue coletado contendo as células nucleadas, plasma e hemácias passa por um processo de separação para que sejam obtidas somente as células nucleadas, entre as quais estão as células-tronco, sendo estas quantificadas, criopreservadas e armazenadas a 196ºC negativos.

A criopreservação, processo de congelamento com decaimento gradual da temperatura, ocorre em uma

câmara de congelamento onde as células são resfriadas lentamente até a temperatura desejada, garantindo assim estas estejam vivas e íntegras no momento da utilização. O armazenamento é feito em tanques de nitrogênio líquido a ultrabaixas temperaturas. Na Cryopraxis®, primeiro banco de sangue do país, esse armazenamento é feito na fase líquida do nitrogênio, a -196°C. A empresa conta com o exclusivo Sistema LAR — Linha de Abastecimento Remoto — o qual propicia e permite o controle automatizado do banco em tempo real, além da sua monitorização 24 horas por dia, 7 dias por semana. Esse sistema proprietário proporciona maior garantia de segurança e eficiência no armazenamento.

Nas condições de armazenamento descritas, as células permanecem viáveis por tempo indeterminado. O armazenamento do sangue de cordão é um processo iniciado nos últimos 23 anos, tendo sido realizado com sucesso o primeiro transplante de medula óssea utilizando este tipo de células em Paris no ano 1988. Um estudo científico publicado em 2012 relata o acompanhamento das células de sangue de cordão armazenadas por um período de 23 anos, no qual foi demonstrado que elas se mantêm vivas e guardam sua capacidade de

originar novas células e se diferenciar, quando convenientemente ativadas.

# Capítulo 2

# O primeiro dia

# O primeiro dia

*Logo após o nascimento, o bebê recebe cuidados para se manter aquecido e adaptar-se ao novo ambiente. Assim que possível, o bebê deve ficar com a mãe em alojamento conjunto.*

Foto: Vanessa Somellera

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**a)** A principal medida no momento do parto é diminuir a perda de calor e avaliar a vitalidade do recém-nascido.

**b)** A vitamina K deverá ser aplicada ao nascimento em todas as crianças para evitar o risco de doenças hemorrágicas.

**c)** O nitrato de prata é um colírio que deverá ser usado em todas as crianças nascidas de parto normal para evitar a conjuntivite gonocócica.

**d)** Todo recém-nascido recebe uma nota no primeiro e no quinto minuto de nascimento de 0-10 que representam a vitalidade do bebê (cor, reflexos, batimento cardíaco, respiração e tônus). Esta nota chama-se escore de Apgar.

**e)** Todo recém-nascido deve ser avaliado por um pediatra no primeiro dia de vida para a observação de existência de malformações que indiquem a intervenção imediata.

**f)** Os responsáveis devem estar atentos a quaisquer alterações que o recém-nascido apresentar, e o pediatra deve ser notificado.

Estudos completos sobre recém-nascidos provaram que eles são muito mais espertos, sensíveis e influenciados em seu relacionamento com as pessoas e o ambiente do que se acreditava. É esta a razão por que eles nascem chorando e gritando. Os especialistas começaram a considerar os conselhos do médico francês Leboyer, que adverte que esta situação é devida às tremendas agressões que o bebê sofre ao nascer, pois:

**a)** O bebê não nasce cego, por isso sente a luz forte dos refletores da sala de parto em seus olhos.

**b)** O bebê não nasce surdo, por isso ouve os ruídos dos equipamentos cirúrgicos e as vozes na sala do parto.

**c)** O bebê tem olfato e sente o cheiro, para ele desagradável, dos desinfetantes usados.

**d)** O bebê não é insensível e sofre com os puxões violentos pelos pés e pernas, e sua pele, sobretudo a das costas, é de grande sensibilidade, sendo constantemente segura e apertada por mãos que mais parecem garras.

Dizer que o recém-nascido nada sente é a maior maldade que o homem já cometeu, e Leboyer

aconselha que as salas de parto sejam locais mais agradáveis para ele. O bebê deverá ser recebido sempre com respeito e carinho.

Evitando-se luzes diretas sobre seus olhos, segurando-o com carinho, levemente, sem fazer muito ruído, verificaremos que o recém-nascido para de chorar e nasce mais tranquilo!

Existem, evidentemente, situações em que o bebê nasce deprimido (muito mole e sem reflexo), sendo necessária a intervenção do pediatra. Quando possível, feito o primeiro atendimento, deve-se voltar a criança à mãe para que não se quebre este importante contato.

## OS PRIMEIROS CUIDADOS NA SALA DE PARTO

A mãe, na sala de parto, observará o pediatra tomar os primeiros cuidados com seu filho:

### Cuidados com a pele do recém-nascido

*O bebê, ao nascer, vem recoberto por um revestimento sebáceo denominado* vernix caseosa.

A pele do recém-nascido encontra-se revestida por um material esbranquiçado e espesso, chamado *vernix caseosa*. Este deriva parcialmente da secreção das glândulas sebáceas, e também é produto da decomposição da camada mais superficial da pele do bebê, representando uma proteção fisiológica. Quanto maior a idade gestacional, maior a quantidade da substância. Embora sua função não esteja esclarecida, muitos estudos sugerem que não deve ser removida, pois age como proteção. Este material será eliminado sucessivamente por meio da roupa e dos banhos, geralmente dentro dos primeiros dias de vida. O excesso será eliminado na sala de parto pelo pediatra.

Os cuidados com a pele do bebê devem envolver limpeza com produtos específicos para bebê. Atualmente, existem inúmeras marcas que apresentam produtos para o cuidado da pele do bebê. Na limpeza nunca deverão ser usados os produtos dos pais, pois a pele do bebê é muito sensível e o uso destes produtos pode lesioná-la, gerando vermelhidão, dor e irritação. A limpeza das nádegas e da região perianal deverá ser feita com água e algodão. Um sabonete suave, com posterior enxágue, deve ser utilizado quando for necessária a troca das fraldas.

A pele do recém-nascido prematuro é mais sensível do que a dos a termo, sendo o prematuro, por este motivo, às vezes impedido de tomar banho nos primeiros dias de vida. Essas crianças serão acompanhadas periodicamente pelo pediatra, que mostrará à mãe a melhor forma de limpeza do bebê e quando deve ser iniciado o banho.

Normalmente, pode-se observar uma descamação cutânea nos recém-nascidos, geralmente no período de 24 a 36 horas após o nascimento, podendo estender-se até a terceira semana de vida.

## Secagem, aspiração e oxigenoterapia

Assim que o bebê nasce, ele é entregue pelo obstetra ao pediatra ou neonatologista, que procederá então às primeiras manobras para que o bebê se mantenha aquecido e com boas condições de adaptação ao novo ambiente. É realizada uma rápida secagem, para que ele não sinta frio. Antigamente, os pediatras aspiravam a boca e o nariz de todos os bebês para a retirada de secreções que ficam nesta região. Porém, estudos atuais mostram que não há benefício nesta manobra para todos os recém-nascidos, mas apenas para aqueles que apresentam alguma dificuldade respiratória ou engasgo. Hoje, considera-se que a manobra mais importante para a vida do bebê é a secagem, onde são feitos estímulos para que o bebê torne-se ativo e chore. Alguns bebês nascem inertes (moles e sem reflexo), sem atividade, ou com dificuldade respiratória, havendo a necessidade de manobras adicionais.

Se o recém-nascido estiver em boas condições, poderá então ser levado até sua mãe e ficar em seu colo e até mesmo sugar um pouco o peito. O ideal é que a mãe amamente na primeira hora de vida do bebê. Isso incentiva o vínculo da mãe com o bebê e aumenta a chance de uma amamentação bem-sucedida.

*O pediatra aspira a boca do bebê e em seguida as narinas.*

Alguns recém-nascidos podem apresentar quadro de adaptação respiratória com respiração rápida nas primeiras horas de vida, podendo necessitar de permanência na incubadora com oxigênio por quatro a seis horas. Caso não melhorem, frequentemente o pediatra decide por transferir os bebês para a UTI neonatal para monitoração e tratamento.

## O que é Apgar?

O pediatra que está na sala de parto é o responsável por avaliar a vitalidade do bebê. A maioria dos bebês nasce sem alterações e as manobras realizadas pelo pediatra são apenas para diminuir a perda de calor e observar a vitalidade. Porém, alguns recém-nascidos

nascem com alterações que precisam de intervenção imediata do médico-pediatra para perfeita melhora do bebê.

Quando o bebê nasce ele é mostrado à mãe e levado pelo pediatra para uma câmara aquecida (pois a pele do bebê é muito fina e ele perde muito calor), onde é retirada a *vernix caseosa*. Além disso, o pediatra avalia cor, frequência cardíaca, frequência respiratória e se o recém-nascido está ativo. Com um minuto de nascido o pediatra dá uma primeira nota avaliando a vitalidade do bebê; esta nota é chamada de Apgar.

| **Pontos** | **0** | **1** | |
|---|---|---|---|
| **Frequência cardíaca** | Ausente | <100/minuto | >10 |
| **Respiração** | Ausente | Fraca, irregular | Fort |
| **Tônus muscular (movimentos do bebê)** | Flácido | Flexão de pernas e braços | Mo ativ f |
| **Cor** | Cianótico/Pálido (arroxeado) | Cianose de extremidades (mãos e pés roxos) | R |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Irritabilidade reflexa** | Ausente | Algum movimento | Espirr |

Após esta primeira nota, o pediatra examina o bebê, observando todo o corpo à procura de alguma malformação ou alterações clínicas, e faz um exame mais bem apurado do bebê, que será especificado ao longo deste capítulo. Após o quinto minuto, há uma reavaliação que leva à geração de uma segunda nota.

Esta nota é importante para o médico-pediatra que acompanhará o bebê porque assim ele terá a noção de como o bebê nasceu. Notas inferiores a 7 mostram que o recém-nascido não nasceu bem e indicam que faltou oxigênio, que o bebê necessita de tratamento especial, e que se não houver melhora ele irá para UTI neonatal. Notas superiores a 7 indicam que o bebê nasceu bem e que poderá ir para o quarto com a mãe.

## Aplicação de vitamina K

Este procedimento é necessário para todo recém-nascido, visto que nos primeiros dias de vida o bebê apresenta deficiência de vitamina K, importante na coagulação; o bebê pode desenvolver distúrbios

hemorrágicos se esta não for ministrada. A vitamina K é aplicada por via intramuscular, no berçário, na dose de 1mg, nas primeiras duas horas após o nascimento, por enfermeira especializada. Atualmente é realizada em todas as maternidades públicas e privadas brasileiras.

## A colocação no berço

No berço o bebê deverá estar sempre na posição horizontal ou com a cabeça ligeiramente elevada. Deverá ficar sempre de lado ou de barriga para cima. Colocar o bebê de barriga para baixo não é recomendado devido à possibilidade de regurgitações após as mamadas, podendo levá-lo a se sufocar por não conseguir virar a cabeça. Esta orientação vale também para quando ele for para casa e durante os seis primeiros meses de vida. Além disso, a posição de bruços está associada à síndrome da morte súbita no bebê.

## A amamentação

Toda mãe deve ter oportunidade de amamentar

seu filho assim que possível, mesmo que o parto tenha sido cesáreo, se ambos estiverem em condições satisfatórias. O ideal é que isso seja realizado nas primeiras horas de vida para incentivar o aumento da produção do leite. Sabe-se que quanto antes o recém-nascido é colocado para amamentar melhor é a adesão à amamentação.

## O curativo do coto umbilical

Uma vez ligado o cordão umbilical, uma pequena parte, denominada *coto*, que deverá ser de 3cm acima da pele (anel umbilical), fica presa à parede abdominal do bebê, caindo, geralmente, do sétimo ao 15º dia de vida. Às vezes ele poderá cair antes ou depois deste tempo, sem maior consequência. O máximo de higiene é indispensável. O coto umbilical deverá ser tratado com álcool a 70% em todas as trocas de fralda. Deixe-o exposto ao ar, não use cinteiros, ataduras ou gaze, e deixe-o cair naturalmente.

*O coto umbilical cairá, geralmente, entre o sétimo e o 15º dia.*

## A desinfecção dos olhos

É obrigatória em alguns países, inclusive no Brasil, para os partos normais, sendo previstas punições pelo Código Penal brasileiro a quem não a pratica. Deverá ser feita pela instilação de uma gota de solução recente de nitrato de prata a 1% em ambos os olhos do recém-nascido. Esta prática é chamada de credetização, ou simplesmente "credé", e serve para se evitar a conjutivite gonocócica. Não é realizada em partos cesáreos. Alguns bebês poderão apresentar reação inflamatória (conjuntivite) pelo nitrato de prata, o que leva a uma vermelhidão no local.

Convém que o pediatra examine se é realmente alergia ao nitrato ou se já existe infecção.

## A higiene do bebê

O primeiro banho poderá ser dado no dia em que o bebê nasce ou um dia depois. Deve-se utilizar água filtrada ou fervida somente até a queda do coto, quando passa-se a utilizar água corrente ou comum. A temperatura deve ser levemente morna, em torno de 33ºC. O coto umbilical pode ser molhado, mas deve ser bem seco e em seguida higienizado com álcool 70%.

## A higiene da boca

A prática de higienizar a boca do bebê para livrá-lo de secreções ou mucosidades deverá ser feita com suavidade, evitando-se possíveis lacerações das mucosas. Não é mais realizada de rotina a aspiração das vias aéreas. No momento do nascimento deverá ser passada uma sonda de tamanho adequado através das narinas, até o estômago, para verificar a permeabilidade das fossas nasais e do esôfago. A

aspiração suave do conteúdo do estômago não é feita rotineiramente, mas ajuda a evitar regurgitações nas primeiras horas após o nascimento, comuns depois de um parto cesáreo ou pelo uso de analgésicos e sedativos pela mãe.

### A identificação do bebê

A preocupação com a troca de bebês nos berçários resultou na obrigação de identificação dos recém-nascidos logo após o nascimento. A identificação perfeita é executada pelas impressões das plantas dos pés do recém-nascido, dos dedos maternos na mesma ficha e da colocação de uma pulseira no punho ou na perna com o nome da mãe e o número do leito. Atualmente todas as crianças são identificadas com duas pulseiras de identificação, uma no pé e outra no braço, contendo o nome da mãe, a data e a hora de nascimento.

## O EXAME DO RECÉM-NASCIDO

Após mostrar o bebê para mãe e deixá-lo ser

amamentado pela primeira vez, quando o bebê nasce bem, o pediatra irá fazer o primeiro exame físico do bebê. Nele o pediatra vai procurar observar a vitalidade do bebê, assim como a presença de alguma anormalidade. A maioria das crianças nasce sem nenhuma alteração, porém algumas podem ser observadas logo após o nascimento e levar a um tratamento precoce. O exame do bebê é realizado por sistema, começando pela cabeça.

## A cabeça

Tem o formato ovoide, parecendo muito grande em relação ao corpo, com a pequena curvatura correspondendo ao queixo. Na parte superior da cabeça nota-se a fontanela (moleira), sobre a qual existem as mais variadas interpretações, acreditando alguns que ela não pode ser tocada, pondo em risco a vida do bebê. Isto não é verdade. A fontanela é uma das disposições da natureza para facilitar o parto e o crescimento do cérebro à medida que o bebê se desenvolve, permitindo a diminuição do perímetro craniano; é tão resistente quanto uma lona.

Neste momento, o pediatra irá observar se há alguma anormalidade, como hematomas formado

pelo trabalho de parto (comum em partos normais), tamanho da fontanela, presença do globo ocular e permeabilidade das narinas. Deverá ser observado o formato dos olhos e a altura de implantação da orelha.

As orelhas (pavilhões auriculares) variam de tamanho e de formato, algumas apresentando-se moles, porque sua cartilagem ainda não está perfeitamente solidificada. Nos casos de "orelha de abano" não adianta colocar esparadrapo ou touca, ela acabará ficando em posição certa naturalmente, ou então, entre os cinco e seis anos, poderá ser feita uma cirurgia plástica.

No exame da cabeça, é medido o perímetro cefálico, que tem, em média, 34cm. Este parâmetro é importante pois a partir dele o pediatra observa se há alguma anormalidade cerebral, como excesso de líquido no cérebro. Além disso, o perímetro cefálico deverá ser medido a cada consulta pediátrica até a criança completar dois anos de idade, sendo um parâmetro para o crescimento cerebral.

## A cor dos olhos

A maioria apresenta olhos cinza-azulados; existem,

porém, crianças que os têm castanho-escuros desde o primeiro dia de vida. Geralmente a cor dos olhos só se definirá depois dos seis meses.

## A moleira (fontanela)

Toda mãe sabe que, em condições normais, na parte superior da cabeça do seu bebê existe uma parte mole, percebida pela pressão suave das pontas dos dedos, que é denominada moleira, e, pelo médico, fontanela. Sua presença é uma das misteriosas providências da natureza. O bebê ao nascer não tem as quatro tábuas ósseas que formam o crânio (uma frontal, duas parietais e uma occipital) soldadas, e sim apenas justapostas, para facilitar o trabalho de parto, permitindo o alongamento do crânio de acordo com a passagem no canal vaginal, protegendo o cérebro da criança. Entre esses ossos existem dois pequenos espaços ainda vazios, um na parte superior da cabeça — a fontanela anterior — e o outro na parte posterior — a fontanela posterior. A mais conhecida é a superior, que é composta de uma faixa membranosa, resistente como uma lona, que pode se apresentar abaulada por ocasião do choro forte e em algumas doenças do sistema nervoso central; ou então

deprimida, quando a criança está dormindo; a depressão torna-se mais acentuada quando a criança está desidratada. A moleira pode apresentar, quando tocada, um certo batimento, mais perceptível quando o bebê chora, e em algumas crianças mais acentuado do que em outras, fato que assusta os pais, sem ter, entretanto, qualquer significado. A fontanela apresenta-se aberta ao nascimento, tem forma de losango, variando sua largura de dois a quatro centímetros, podendo aumentar um pouco, não muito, em condições normais, até os seis meses, iniciando então sua diminuição até fechar definitivamente, o que pode acontecer em condições normais entre os nove e os dezoito meses. Às vezes a percepção de uma fontanela demasiadamente dura não é fácil, preocupando os pais, que a julgam fechada precocemente. Tanto o fechamento precoce, antes dos nove meses, como sua permanência depois dos dezoito meses devem ser comunicados ao pediatra.

## O sistema digestivo (ou digestório)

Ao nascer, o pediatra tem que observar se o sistema digestivo está pérvio. Para isso o pediatra coloca uma

pequena sonda até o esôfago para ver sua permeabilidade. Algumas crianças nascem sem esta permeabilidade, tendo que ser examinadas por um cirurgião pediátrico.

Algumas crianças necessitam que aspirem seu estômago porque este apresenta muita secreção. Algumas delas, por esse motivo, têm engasgos frequentes.

## O sistema respiratório

Logo que a criança nasce o pediatra observa a sua respiração. Algumas crianças nascem com a respiração mais acelerada ou mais deprimidas, necessitando de intervenção imediata. A frequência respiratória do recém-nascido não deve ser superior a sessenta incursões por minuto.

Por exemplo, crianças nascidas de parto cesárea, sem entrada em trabalho de parto, podem apresentar uma fase de adaptação, deixando a respiração um pouco mais acelerada, o que, às vezes, faz com que nas primeiras horas o bebê tenha que ficar na incubadora em observação. Este quadro clínico é chamado de taquipneia transitória do recém-nascido, é um sinal transitório e não apresenta,

frequentemente, qualquer risco para o bebê.

## O sistema circulatório

Ao nascer, o coração do bebê é bastante acelerado. Os batimentos não podem ser inferiores a 100 batimentos por minuto, podendo chegar a até 180 batimentos por minuto. Na ausculta do coração, além da frequência, o médico observa o ritmo do batimento e a presença de sopro no coração. A presença de sopro nas primeiras horas de vida pode indicar uma cardiopatia congênita que deverá ser investigada.

## A região abdominal

O bebê nasce com o abdome distendido, ou seja, ele é mais abaulado, como se estivesse inchado. Isso acontece porque a parede abdominal não está completamente desenvolvida e as alças intestinais podem acumular gases. Em algumas crianças, o fígado pode estar palpável ao exame físico sem que esse achado traduza anormalidade. Deve-se observar se os gases estão presentes ao auscultar com

estetoscópio para verificar se os intestinos estão funcionando. Outro parâmetro observado pelo pediatra é a presença de mecônio (que são as primeiras fezes do bebê).

## Os membros

Deve-se observar a presença de cinco dedos, tanto nas mãos como nos pés. Além disso, são feitas duas manobras para observar a presença de luxação de quadril, observada principalmente em crianças que estiverem na posição pélvica (sentadas) no momento do nascimento.

## A pele

No começo é levemente arroxeada, tomando, horas depois, uma coloração avermelhada, passando a rósea no final da primeira semana de vida. É recoberta por pelugem fina e tênue, denominada lanugo ou lanugem. Cabelos extras na testa, nas faces e nas orelhas desaparecerão no primeiro mês de vida.

## Os órgãos genitais

Os meninos deverão apresentar, ao nascimento, os testículos (grãos) na bolsa escrotal. As meninas os dois lábios vaginais de igual tamanho, às vezes um catarro na vagina, e outras vezes secreção com uma cor sanguinolenta, devido aos hormônios maternos.

A ereção do pênis é comum e sem significado no recém-nascido, a nosso ver mais frequente nos nascidos de parto difícil, "alguns nascendo até urinando".

## O peso

Habitualmente considera-se normal o peso do bebê ao nascimento entre 2.500 e 3.500g. Recém-nascidos com peso inferior a 2.500g são classificados como tendo baixo peso ao nascimento e deverão ter seu peso controlado rigorosamente nas primeiras semanas para evitar uma possível desnutrição. Já os bebês com peso superior a 3.700g, apesar de normais, são chamados de grandes ou macrossômicos e estão mais predispostos à hipoglicemia (baixa taxa de açúcar no sangue) após o nascimento, que muitas vezes pode ser evitada com a alimentação precoce e mais frequente nas primeiras horas de vida. Atualmente, bebês prematuros e com peso inferior a

1.800g necessitam ficar internados em unidades especializadas para melhor acompanhamento e recuperação nutricional.

Hoje em dia, com toda a tecnologia disponível, bebês tão pequenos, com idade gestacional de 25 a 26 semanas e peso entre 500 e 600g, já sobrevivem no Brasil. Todavia, requerem longo tempo de internação em UTI neonatal, às vezes noventa dias ou mais, com a possibilidade de sequelas relacionadas à gravidade do quadro inicial e à prematuridade extrema, além de internação muito onerosa para quem não tem plano de saúde.

## O comprimento

O comprimento ideal é de 50cm para os meninos e de 48cm, 49cm para as meninas. A altura sofre menos oscilação do que o peso; existem recém-nascidos que atingem 54cm a 55cm. E outros bebês que nascem menores, em torno de 46cm.

## Temperatura

Logo ao nascer é mais elevada do que a materna,

passando, em seguida, para 37ºC, e neste nível se mantendo durante 24 a 36 horas. As variações, tanto para mais como para menos, são importantes e deverão ser comunicadas ao pediatra. A temperatura axilar pode variar de 36ºC a 37ºC, e a retal, de 37ºC a 38ºC em condições normais. Casos de temperaturas axilares superiores a 37,8ºC e menores que 35,5ºC devem ser notificadas imediatamente ao pediatra.

## Urina

Logo que o bebê nasce, os pais ficam preocupados se ele urinou. A formação da urina, no início, é pequena; apenas 23% das crianças urinam logo ao nascer, 90% nas primeiras 24 horas e 100% nas primeiras 48 horas.

Se a criança não urinar após decorridas 24 a 48 horas, deverá ser examinada pelo médico.

## Evacuação (dos primeiros dias à primeira semana)

Os bebês evacuam relativamente cedo fezes pretas,

às vezes com um tom verde-escuro, chamadas pelos leigos de "ferrado" e, tecnicamente, mecônio. São matérias especiais, pois não são realmente fezes, não contendo resíduos alimentares, mas substâncias como fermentos, células descamadas do tubo digestivo, bile e líquido amniótico. O mecônio é às vezes expelido durante o parto. Nos três ou quatro primeiros dias há de três a quatro dejeções de mecônio por dia. No quinto vão-se apresentando modificações e as fezes tornam-se granulosas e de tom amarelado. Finalmente, ao sexto dia, tomam o aspecto normal (cor amarelo-ouro, aspecto compacto e cheiro ácido), que permanecerá durante o primeiro ano. O mecônio deverá ser expelido nas 24 horas seguintes ao parto, pelas crianças normais, e em 36 horas pelas prematuras. Se a criança não evacuar neste período, deve-se chamar o pediatra, pois isto pode se dever a uma malformação, como imperfuração anal, ausência ou estreitamento de partes do intestino, que exigem providências imediatas. Para facilitar a expulsão do mecônio, dispensam-se os purgantes, pois o leite materno nos primeiros dias (colostro) tem ação laxante. O número de evacuações diárias varia muito nos primeiros dez dias de vida. Há bebês que evacuam, em condições normais, até oito, nove vezes,

e outros uma ou duas. A higiene deve ser feita com lenços umedecidos ou algodão molhado ou, caso ele fique muito sujo, com banho em água filtrada e fervida até a queda do coto.

## QUANDO O RECÉM-NASCIDO ESTÁ EM PERIGO

*A incubadora evita o resfriamento do corpo do recém-nascido nas horas posteriores à saída do útero da mãe.*

O recém-nascido poderá apresentar algumas contingências sem gravidade, e outras, infelizmente, de consequências mais ou menos graves. Entre as primeiras estão colocadas as particularidades próprias

do recém-nascido. Entre as outras estão os acidentes do parto, as doenças do recém-nascido e, por último, desgraçadamente, as malformações. A primeira preocupação dos pais é indagar ao pediatra, após o primeiro exame, se o bebê é normal, perfeito. Uma vez confirmado isso, eles querem saber se o bebê está em boas condições de saúde.

Apesar do exame clínico, as garantias do pediatra de que o recém-nascido é 100% perfeito são relativas, porquanto são necessários testes de avaliação do funcionamento dos órgãos dos sentidos, como audição e visão, e capacidade funcional de alguns aparelhos, como o digestivo, que só com o tempo se revelam. Não é nosso propósito assustar os pais, mas sim resguardar a reputação profissional do pediatra que, no desejo de dar boas notícias à jovem família, possa fazer uma afirmação que o futuro, infelizmente, não confirme. Na realidade, somente após o terceiro mês é possível fazer o diagnóstico de um bebê normal.

Vale ressaltar que de todos os bebês que nascem no Brasil (e esta porcentagem vale para todo o mundo), em média 5% dos nascidos apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada, total ou parcialmente, por fatores genéticos.

O pediatra deverá ser avisado imediatamente:

**a)** Quando o recém-nascido apresentar coloração azulada nos lábios, no rosto e nas mãos. Causas: dificuldade respiratória, açúcar no sangue, queda de temperatura, infecção ou problema cardíaco.

**b)** Palidez. Causas: perda interna de sangue, eliminação de sangue pelo intestino, necessidade de oxigênio ou tendência ao estado de choque.

**c)** Tremores ou convulsões. Causas: problema cerebral, infecção, desidratação, deficiência de açúcar.

**d)** Prostração (letargia). Causas: consequência da anestesia materna, traumatismo cerebral, febre.

**e)** Irritabilidade, gritos, choro indicando desconforto. Causas: problemas abdominais, cerebrais ou inflamação de ouvido.

**f)** Agitação, inquietude permanente, sobretudo em prematuros. Causas: falta de oxigênio ou queda de açúcar ou de cálcio no sangue.

**g)** Quando rejeita o peito ou a mamadeira. Causas: problema cerebral, inflamação na boca ou na faringe, fraqueza muscular e muitas outras, que deverão ser investigadas pelo médico.

**h)** Aumento de temperatura. Causas: sede, aquecimento exagerado da incubadora ou do quarto,

excesso de roupa, mamadeira muito concentrada e infecções.

**i)** Dificuldade respiratória exigindo esforço ou então paradas transitórias da respiração, comuns em prematuros de baixo peso. Causas: problema cerebral, problemas das vias respiratórias.

**j)** Icterícia, principalmente se surgiu no primeiro dia de vida ou nas primeiras 48 horas.

**k)** Vômitos frequentes: não confundir com regurgitação.

**l)** Fezes líquidas, com ou sem catarro ou muco.

**m)** Distensão abdominal — barriga abaulada, com indiscutível sensação de mal-estar.

**n)** Imobilidade de um braço ou uma perna. Causas: fratura, distensão dos nervos, infecção, sífilis congênita.

## PARTICULARIDADES DO RECÉM-NASCIDO

O recém-nascido poderá apresentar alguns fenômenos que, em condições normais, sem maiores consequências, entretanto, poderão assustar os pais.

## Dentes

Às vezes o bebê poderá apresentar dentes ao nascer. Se estiverem moles, deverão ser extraídos, pois poderão ser aspirados, indo parar nos brônquios; se estiverem bem firmes, inicialmente não há nada a fazer, além de observar. Sua presença não tem maior significado para a saúde do bebê, e eles habitualmente caem no decorrer do primeiro mês de vida.

## Descamação epitelial

Logo em seguida ao nascimento começa uma descamação, principalmente nos pés e nas mãos, como se o bebê estivesse mudando de pele. É às vezes muito intensa, chegando a impressionar os pais; a pele deposita-se em grande quantidade pelo lençol. Até o quinto ou sexto dia esta descamação terminará.

## Espirros

O espirro é um tipo de defesa e a criança espirra para se libertar das secreções que, por acaso, tenha

inalado durante o momento do parto. Espirros são normais até os seis primeiros meses de vida sem ter repercussão clínica. Algumas mães associam esses espirros à alergia e chegam ao pediatra com a queixa de que seu filho nasceu alérgico. Cabe ao pediatra mostrar para pais e mães que eles não estão relacionados com alergia e nem querem dizer que o filho tem maior tendência a ser alérgico.

## Febre

Nem sempre é devida a infecções. Pode ser causada por temperatura ambiente elevada, excesso de agasalho, falta de ingestão adequada de leite etc. Evite agasalhos exagerados; o uso de ar-condicionado no quarto ou berçário presta excelente auxílio nos dias quentes. *O pediatra deve sempre ser consultado.*

## Fezes

Nas crianças alimentadas exclusivamente ao peito, as fezes costumam ser aguadas, com alguns grumos, preocupando as mães, que pensam tratar-se de diarreia. Comumente evacuam de quatro a seis vezes

ao dia, mas algumas crianças podem ficar até sete dias sem evacuar quando alimentadas só com leite materno. Isso ocorre porque a criança está absorvendo tudo que ingere. Este tempo sem evacuar pode gerar angústias nos pais, que devem ser orientados a apenas manter a alimentação ao peito. Se a criança fizer uso de um complemento (fórmula infantil), se não houver evacuação em três dias, o pediatra deverá ser notificado. As fórmulas infantis podem levar a constipação intestinal.

*Aumento de volume da bolsa escrotal.*

## Sangramento vaginal

As recém-nascidas podem apresentar nos primeiros dias de vida uma secreção sanguínea não purulenta da vagina, fato que assusta bastante as pessoas não avisadas. O seu aspecto é de uma verdadeira menstruação, porém sem consequência, cedendo espontaneamente dentro de 24 ou 48 horas. Isso ocorre devido aos hormônios maternos que são passados para o bebê.

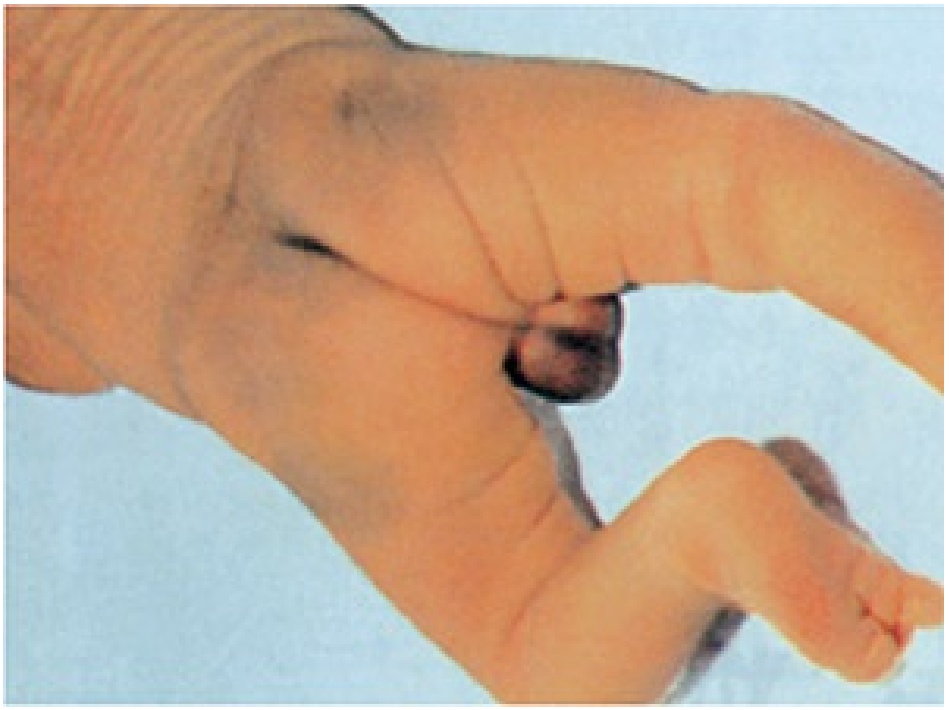
## Infarto úrico

A urina do recém-nascido apresenta característica peculiar a este período de vida; contém grande quantidade de uratos e de ácido úrico, que fazem com que ela manche as fraldas com um tom alaranjado. Este fato impressiona muito as mães jovens, que julgam tratar-se de sangue. É um fenômeno normal, que passará com os dias.

## Manchas roxas

Localizam-se geralmente nas costas (região sacra), são denominadas no Norte do Brasil de "jenipapo" e pelos médicos de "manchas mongólicas". São

atualmente interpretadas como sinais de cruzamento de raças, evidenciando caracteres de mestiçagem, ainda que em gerações remotas, ou acúmulo de melanina na parte mais profunda da pele.



*Manchas roxas na região lombar e sacral; as vezes as manchas acometem as partes mais altas das costas.*

## Pérolas de Ebstein

São pequenos cistos brancos e de aspecto perolado que podem ser vistos no céu da boca quando o bebê chora e podem ser confundidos com o sapinho. Desaparecem espontaneamente, não precisando de tratamento.

## Vômitos e regurgitações

Também podem ocorrer, principalmente quando ainda há líquido residual no estômago no primeiro dia após o parto. Às vezes há necessidade de se aspirar este líquido por meio de sonda, quando a quantidade é grande. As regurgitações (pequenas golfadas) após a mamada podem ser normais, sobretudo se o bebê não arrotou satisfatoriamente.

## Soluços

São normais após a mamada e podem persistir por alguns minutos. Ocorrem devido à contração do diafragma, estimulado pela distensão do estômago por ar e leite quando o bebê acaba de mamar. Cessam espontaneamente e não há necessidade de se oferecer chás nem água à criança. Em algumas regiões do país, existe a lenda de colocar um pedaço de papel molhado na testa da criança de modo a solucionar o problema, mas não existe comprovação científica de que isto funcione.

## Pelos

Alguns dias após o nascimento, a criança poderá se apresentar "peluda", com os cabelos crescendo em pontas para todos os lados; aparecem pelos no supercílio e na região sacra (parte inferior das costas), chamados lanugem. Felizmente, dentro de poucos dias esses pelos, que tanto enfeiam o bebê, caem.

## Perda de peso

Logo após o nascimento o peso diminui, geralmente, em 10% do peso inicial. Esta perda de peso não é súbita, e sim gradativa, nos primeiros quatro dias. É consequência da eliminação do mecônio, da urina, da perda de água pela eliminação da pele e da pausa alimentar a que o bebê é submetido. Alguns puericultores acham que quanto

maior a criança maior a perda, e que as do sexo masculino sofrem perda de peso mais pronunciada. Em média, no décimo dia, o peso inicial deverá estar recuperado, dependendo do volume de leite materno ingerido. Quando o bebê demora a recuperar o peso, deve-se apurar a causa: a primeira a ser pesquisada é a insuficiência do leite; outras causas podem ser uma constituição anormal ou infecção na criança.

## Baixo peso

Todo recém-nascido com peso inferior a 2.500g é considerado "de baixo peso", "prematuro", se nasceu antes dos nove meses de gestação, e "desnutrido intrauterino", se apresenta baixo peso em relação ao tempo de gestação. Estes bebês necessitam de cuidados especiais e os pais não devem ficar desanimados, pois é muito frequente ver-se bebês que nasceram com peso mínimo chegarem ao fim do primeiro ano com dez quilos, perfeitamente normais. A vigilância sobre a alimentação, o apuro da dieta alimentar e a colaboração materna são fatores indispensáveis para que o pediatra bem orientado alcance excelentes resultados. A literatura médica apresenta casos de recém-nascidos com 400g, bem

como já foram registradas crianças gigantes, até com seis quilos ao nascer. Do ponto de vista clínico, toda criança que nasce com peso acima de cinco quilos é considerada gigante.

## Tumefação da mama

*Aumento das mamas, um achado normal. Nunca devem ser espremidas.*

Fato interessante e frequente é a hipertrofia das glândulas mamárias do recém-nascido, denominada por alguns de "mamite fisiológica", atingindo, em alguns casos, tamanho apreciável. Se espremidas, jorram leite, idêntico ao materno, que "as comadres" chamam de "leite de bruxa". Sendo um fato normal,

não há, absolutamente, razão para dar "interpretações feiticeiras" a ele, o que apenas traduz a ignorância de quem as pronuncia. É um fenômeno normal no desenvolvimento do recém-nascido.

Não há necessidade de qualquer tratamento para a tumefação das mamas. Nunca se deve espremê-las, pois isso poderá causar traumas e inflamações, formando um abscesso que exigirá o uso de antibiótico e possível intervenção cirúrgica.

## ACIDENTES NO RECÉM-NASCIDO

São manifestações clínicas decorrentes do trabalho de parto, denominadas na medicina de tocotraumatismos (*tocos*, palavra grega que significa *parto*). As irregularidades que o feto pode apresentar devido à sua posição no útero também serão comentadas neste item.

### Cabeça

Asfixia — o feto não apresenta coloração avermelhada ao nascer, e sim inteiramente branca

(asfixia lívida) ou azulada (asfixia cianótica). São problemas do início dos movimentos respiratórios, que em alguns casos podem demorar a se estabelecer devido a partos difíceis, demorados ou rápidos demais ou em consequência de anestésicos administrados à parturiente, ou ainda em consequência da aspiração de líquido amniótico.

## Bolsa serossanguínea na cabeça (*Caput succedaneum*)

Em alguns recém-nascidos nota-se um aumento acima da cabeça e, ao passar os dedos, percebe-se uma inchação difusa, amolecida, indolor, de todo o couro cabeludo que recobre a parte superior do crânio.

Sua causa reside na pressão existente na parte da cabeça primeiramente exposta durante o trabalho de parto. É destituída de qualquer perigo e desaparecerá nos primeiros dias de vida. Não confundir com céfalo-hematoma, estudado mais adiante.

## "Cabeça pontuda"

O crânio pode ser moldado de forma alongada nas partes posterior e superior. É mais frequente em bebês de primeiro parto, sobretudo se a cabeça esteve muito comprimida por tempo considerável em partos demorados. A cabeça do recém-nascido em parto cesáreo ou de apresentação de nádegas é identificada facilmente pelo crânio redondo. A forma comprida, desde que não tenha havido sofrimento fetal, não requer maior preocupação, retomando o crânio, com o correr dos dias, em média doze semanas, seu aspecto normal, sem qualquer consequência.

## Deformidade na face

A face do recém-nascido pode se apresentar assimétrica (torta) devido à posição do feto no útero, quando sua mandíbula (queixo) esteve sendo pressionada pelos ombros ou pelos membros. A tendência é que a assimetria melhore com os meses, se não tiver outra causa mais séria, como defeitos de crescimento de cartilagens ou dos ossos durante a formação do bebê.

## Céfalo-hematoma

Apresenta-se sob a forma de um tumor amolecido e indolor na parte superolateral da cabeça do recém-nascido. Às vezes de um só lado, outras vezes bilateral. É decorrente de hemorragia localizada entre a tábua óssea e o couro cabeludo.

É frequente nos partos a ferro (fórceps), mas também pode se estabelecer em partos normais. Não há necessidade de intervenção cirúrgica; sua reabsorção se processa normalmente, dentro de quatro a oito semanas.

O bebê com céfalo-hematoma pode ficar mais ictérico que o habitual e deverá ser acompanhado para indicar se há a necessidade ou não de fototerapia.

## Fratura do crânio

É relativamente rara, devido à propriedade do crânio de se adaptar e de se moldar. É menos frequente em partos espontâneos do que em partos a ferro (fórceps), resultando da pressão do crânio pelas colheres do fórceps, ou em partos muito trabalhosos devido ao trauma da bacia em relativa desproporção com o crânio da criança, resultando da pressão deste

sobre os ossos da bacia. As fraturas podem ser lineares ou então com afundamento, não sendo necessário corrigir esta última, que acaba por desaparecer após algumas semanas, espontaneamente. Quando não há lesão intracraniana o prognóstico é bom, sem maiores consequências.

## Manchas avermelhadas nos olhos (hemorragia subconjuntival)

As hemorragias verificadas nos olhos do recém-nascido são causadas pelo aumento da pressão intratorácica durante a passagem do tórax através da vagina. Não têm maior consequência e desaparecerão dentro de uma ou duas semanas.

## Paralisia facial

A paralisia facial é quase sempre consequente da compressão do nervo facial pelo fórceps ou da face contra a pelve. Seu reconhecimento é fácil. A boca, desviada para o lado não afetado, é o que se torna mais evidente durante o choro. A paralisia do músculo orbicular da pálpebra impede o fechamento

dos olhos, o que pode resultar em ulceração da córnea. Na maioria das vezes se cura espontaneamente.

## Caroço no pescoço

No recém-nascido, pode ser verificado aos quinze dias um caroço no lado direito ou esquerdo do pescoço; este é devido a uma hemorragia do feixe muscular de um importante músculo do pescoço; denomina-se hematoma do esternocleidomastoideo. Revela-se um caroço duro, fibroso e indolor, que costuma desaparecer depois de alguns meses. É causado por manobra durante o parto. É um acidente independente da habilidade do obstetra e que não desabona sua competência. Em alguns casos pode haver fibrose e encurtamento do músculo, exigindo tratamento: exercícios (fisioterapia) ou intervenção cirúrgica.

## Tronco — fratura da clavícula

É a mais frequente de todas as fraturas e às vezes pode passar despercebida, só sendo notada no

primeiro exame com o pediatra. Costuma acontecer no momento em que o obstetra tenta liberar o ombro do bebê ao nascimento em bebês grandes (macrossômicos) ou que estão de lado, dentro do útero (córmicos). Nestes casos costuma haver uma redução dos movimentos dos braços do bebê no lado fraturado. Na maioria das vezes são fraturas incompletas, chamadas de "fratura em galho verde". Estas fraturas curam-se naturalmente, não necessitando de imobilização. Recomenda-se que a mãe tenha cuidado ao pegar o bebê, para ele não sentir dor. O prognóstico é excelente, sem apresentar nenhum prejuízo futuro para a criança. Na dúvida, deve-se conversar com o pediatra.

## Fratura do úmero (braço)

O úmero, quando fraturado por ocasião do parto, geralmente não apresenta fratura total, mas a forma "de galho verde". Esta fratura é evidenciada pela falsa paralisia ou irregularidade do braço afetado em comparação com o normal. A cicatrização é rápida, com formação de um calo, não resultando em qualquer defeito, mesmo nos casos em que a correção (alinhamento) não foi muito perfeita. A duração da

consolidação da fratura é em média de quatro semanas. O tratamento consiste na imobilização do braço junto ao tórax com atadura de crepom.

## Paralisia do braço

A paralisia do(s) braço(s) e da(s) mão(s) é denominada paralisia braquial, porque atinge os nervos cervicais ou suas raízes, existentes na parte da medula (espinha) cervical que corresponde ao pescoço. Os nervos cervicais controlam os movimentos dos braços, dos antebraços e das mãos. Esta paralisia pode ser provocada pela distensão ou ruptura desses nervos, pela distensão extensiva do pescoço, especialmente durante o parto de apresentação de nádegas.

De acordo com os nervos atingidos, existem três formas de paralisia: na primeira, mais frequente, denominada de Erb-Duchenne, quando são atingidos o quinto e o sexto nervos cervicais (do pescoço), o braço fica imóvel ao lado do tronco, com o antebraço rodado para dentro e os dedos fletidos. Um neurologista e ortopedista são indispensáveis neste caso.

O segundo tipo de paralisia, das mãos,

denominado paralisia de Klumpke, é mais raro do que o do braço; são os últimos nervos cervicais atingidos e o primeiro da parte torácica. O terceiro é a forma mista, isto é, a paralisia dos braços e das mãos associada à mesma criança.

## Pernas

As fraturas da coxa (fêmur) são muito raras e sua consolidação leva cerca de seis semanas depois de feita imobilização na posição certa.

## Pés

Ao nascer, as deformidades dos pés são devidas à posição intrauterina forçada. As mais comuns são talipe, equinovaro, talo valgo, calcâneo valgo. Algumas dessas irregularidades podem ser facilmente corrigidas quando há flexibilidade passiva, isto é, os pés podem ser postos na posição certa apenas com o movimento das mãos, feito pelo médico, por uma enfermeira ou mesmo pela mãe, em exercícios apropriados, começando no berçário. O tratamento deverá ser iniciado dentro dos primeiros dez dias de

vida. Quando não há flexibilidade passiva inicial, uma botinha de gesso especial deverá ser aplicada, pelo menos com intervalos semanais, corrigindo esta deformidade em quatro a seis semanas de aplicação. Em outros casos, suportes noturnos com exercícios são necessários por diversos meses para manter a correção.

Os pés "espalhados", abdução da parte anterior do pé, quando passivamente corrigíveis, usualmente respondem depressa a exercícios de esticamento feitos a cada troca de fralda. Quando as irregularidades do pé não são passíveis de flexibilidade, a aplicação de gesso ou intervenção cirúrgica é necessária em alguns casos; geralmente não deverá ser feita nos primeiros anos de vida; a correção poderá ser mantida por suportes noturnos, sapatos ortopédicos e exercícios durante o período de crescimento. Entretanto, a decisão da melhor ocasião para a intervenção deve ser indicada pelo cirurgião-ortopedista.

## O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

O recém-nascido pode ser acometido por um grande

número de doenças, sobre as quais existe literatura adequada no Brasil e em diversos países. Relataremos neste livro tópicos que possam ser úteis às mães.

## Incompatibilidade sanguínea

A incompatibilidade do fator Rh, denominada doença hemolítica, já está no domínio público. Assim, alguns esclarecimentos devem ser dados neste livro. A doença hemolítica do recém-nascido é a expressão clínica de uma incompatibilidade do sangue da mãe e do filho, herdado-a de seu pai. Nos indivíduos de raça branca, 85% das mães têm nos glóbulos vermelhos um elemento que se aglutina, sendo portanto Rh positivo, e em outros 15% os glóbulos vermelhos não possuem este elemento, sendo classificados de Rh negativo. Se a mãe é Rh negativo e o filho é Rh positivo, por herança paterna, e se este elemento aglutinógeno — por motivos ainda desconhecidos — do feto atravessa a placenta e vai circular no sangue materno, este sangue, para se defender deste elemento indesejável, produz outro elemento, denominado anticorpo, para destruí-lo, e este, uma vez formado no sangue materno, volta ao feto pela circulação placentária; circulando no feto,

ataca os glóbulos vermelhos que possuem Rh, provocando então a doença hemolítica. Esta doença pode se apresentar de três formas: anêmica, ictérica e hidrópica (inchação generalizada). Nas duas primeiras é facilmente resolvida, quando tratada a tempo; na última, geralmente o feto nasce morto. Atualmente as gestações são acompanhadas pela ultrassonografia, e quando é detectado um feto hidrópico, realiza-se a troca do sangue fetal ainda dentro do útero com uma agulha especial. Com este procedimento tem-se evitado a morte de muitos bebês.

Não é regra que toda mãe Rh negativo casada com pai Rh positivo tenha um filho com doença hemolítica. É raro que o sangue da mãe prejudique o feto durante a primeira gravidez, somente nas seguintes é que poderão ocorrer problemas. O diagnóstico é fácil e pode ser feito pelo exame do sangue materno, ainda durante a gravidez, e por exames de sangue do recém-nascido, começando com o do cordão umbilical, coletado por ocasião do nascimento. Caso a incompatibilidade seja grave (mãe muito sensibilizada), o tratamento consistirá na substituição do sangue da criança. Casos menos graves poderão ser tratados pela fototerapia, que

consiste em expor a criança a banhos de luz especiais, com proteção dos olhos. A passagem do sangue do feto para a mãe e posterior doença hemolítica no bebê é bem mais rara do que se poderia esperar pelo número de mães Rh negativo que dão à luz filhos Rh positivos.

**O diagnóstico de incompatibilidade sanguínea.** Entre mãe e filho pode ser feito desde o terceiro mês de gravidez por meio de pesquisa no sangue materno dos denominados anticorpos anti-Rh. Nas mulheres Rh negativo, quando nesta época o exame ainda se mostra negativo, é obrigatória sua repetição no quinto mês e nos meses subsequentes, pois pode haver maior demora na formação desses anticorpos.

**Vacina anti-Rh (aplicação de imunoglobulina).** Atualmente, para evitar a ocorrência da doença nos filhos após a primeira gestação, faz-se uma neutralização dos fatores que podem causar doença por meio da aplicação de imunoglobulina anti-D, que deve ser injetada na mãe por via intramuscular. A proteção só é útil quando aplicada em até três dias (72 horas) após o parto,

enquanto os fatores (antígenos) do feto podem ser bloqueados antes que provoquem no organismo materno a formação e presença no sangue dos anticorpos que afetarão o próximo filho. A finalidade é evitar que a mãe, ficando sensibilizada, possa ter problemas numa gravidez posterior. Para o bebê nascido com a doença hemolítica, de nada servirá, o mesmo acontecendo para a mãe que já teve um filho com doença hemolítica ao nascer.

## Dificuldade respiratória do recém-nascido

Ao nascer, logo após o parto, o bebê pode apresentar dificuldade respiratória com sinais de desconforto. Algumas causas são de natureza benigna e outras são mais sérias, exigindo maior atenção. As causas mais sérias frequentemente são aspiração do líquido amniótico, pneumonia intrauterina, malformação das vias aéreas superiores e hemorragia pulmonar. De todas, a que tem merecido maior atenção é a síndrome da membrana hialina, que analisaremos a seguir.

## Doença da membrana hialina

Esta doença é revelada pela acentuada dificuldade respiratória, levando o bebê a extremo grau de hipoxia. O bebê já nasce com um grau de sofrimento respiratório, que aumenta progressivamente. Sua causa é a deficiência de uma substância no pulmão, denominada surfactante. Sem esta substância o recém-nascido tem de fazer um esforço muito maior para respirar. A continuidade deste esforço pode levá-lo ao esgotamento. Os prematuros, os nascidos de cesárea e os filhos de mãe diabética são os mais predispostos. Não é uma doença sempre fatal, existindo muitos casos com recuperação espontânea. Entretanto, sempre que possível, essas crianças deverão ser transferidas em incubadoras especiais para serviços específicos de neonatologia e unidades de cuidados intensivos neonatais, onde serão tratadas por neonatologistas.

Às vezes é necessário colocá-las em respiradores artificiais, e algumas delas, embora se recuperem da doença, ficam posteriormente sujeitas a problemas respiratórios, devendo ser acompanhadas atentamente pelo pediatra.

Atualmente já existe uma opção de tratamento

muito eficaz, que é o uso do surfactante medicamentoso (sintético ou extraído de animais), que pode ser introduzido nos pulmões do recém-nascido por meio de um tubo em sua traqueia, com excelentes resultados.

## Convulsão do recém-nascido

A convulsão é um sinal grave e de prognóstico reservado quanto à sobrevivência e suas consequências. As convulsões devidas a traumatismo (pancada) na cabeça ou infecção do sistema nervoso são muito graves. Tremores, irritabilidade ou mesmo convulsões também podem se dever à falta de oxigênio e à diminuição na taxa de açúcar (hipoglicemia) ou de cálcio (hipocalcemia) no sangue. O tratamento deverá ser instituído imediatamente, pois qualquer demora aumenta muito o risco de lesão definitiva no sistema nervoso.

## Infecções em geral

Não deverão conviver com o recém-nascido enfermeiras, babás ou adultos que sejam portadores

dos seguintes males:

**a)** Infecção crônica ou aguda da pele.

**b)** Amigdalite crônica ou aguda.

**c)** Herpes simples. Embora considerado um vírus oportunista, pode causar infecções cutâneas simples ou formas graves generalizadas. O bebê pode ser contaminado durante o parto.

**d)** Doenças respiratórias infecciosas — resfriado e gripe, por exemplo.

**e)** Pessoas com tuberculose pulmonar sem tratamento regular, ou com menos de três semanas de iniciado o tratamento.

## Como o recém-nascido pode ser contaminado?

Pode ocorrer antes, durante ou após o nascimento. Antes do nascimento, pode haver contaminação através da placenta ou pelo líquido amniótico; durante a passagem pelo canal do parto ou após o parto, pelas mãos do pessoal que lida com o bebê; eventuais focos na garganta das enfermeiras, em aparelhos, incubadoras, sondas, agulhas e mamadeiras.

As infecções são um grande perigo! Os germes responsáveis pelas infecções, os estafilococos, os germes intestinais, as bactérias da água e os vírus são os que habitualmente atacam o recém-nascido.

A maior parte das infecções no recém-nascido é transmitida pelas mãos dos adultos que lidam com ele, sendo importante lavar as mãos antes de tocar no bebê. No recém-nascido, qualquer doença de pele, furúnculo, impetigo, piodermite (pequenas pústulas) podem ser considerados um problema sério, porque podem evoluir para pneumonia, meningite, septicemia (infecção no sangue) ou osteomielite (infecção dos ossos).

A prevenção de infecções no recém-nascido deverá ser feita principalmente com as seguintes medidas:

**a)** Trabalho de parto bem conduzido por obstetra experiente e vigilante, visando evitar sofrimento do feto.

**b)** Aplicação de credé (ver desinfecções dos olhos).

**c)** Curativo adequado do coto umbilical (ver curativo do coto umbilical).

**d)** Alojamento conjunto, isto é, o bebê deverá ficar junto de sua mãe logo após o nascimento, no quarto, e não no berçário, que deve ficar reservado para os

recém-nascidos doentes.

**e)** Aleitamento materno logo após o nascimento. No caso de parto cesáreo, dê algumas horas de intervalo antes de colocá-lo ao peito.

**f)** Evite contato com pessoas portadoras de doenças infecciosas, mesmo que sejam apenas resfriados.

**g)** Higiene rigorosa no berçário, para os recém-nascidos, com atenção especial para a lavagem e antissepsia das mãos, cuidados com a água de nebulização, que deverá ser estéril, com esterilização das mamadeiras, limpeza e asseio ambiental e pessoal etc.

**h)** Evite os procedimentos traumáticos nos recém-nascidos, inclusive as injeções, exceto quando forem indispensáveis.

Os antibióticos profiláticos para evitar infecções deverão ser evitados, pois não são eficazes e podem espalhar germes resistentes no ambiente hospitalar e familiar. Entretanto, em algumas poucas circunstâncias, seu uso poderá justificar-se a critério do pediatra.

## Afecções umbilicais

São várias, podendo ocorrer por conta de malformações ou infecções. Entre as malformações destacam-se as hérnias congênitas, sempre volumosas e raramente estranguladas. Essas hérnias geralmente regridem espontaneamente até os dois anos de idade. Mais raras do que as hérnias são as fístulas umbilicais, todas de alçada do cirurgião. Quanto às infecções, verificam-se desde as mais benignas, como a ligeira secreção purulenta do umbigo (onfalite), até o abscesso e a gangrena. É pelo umbigo do recém-nascido que penetra a infecção tetânica, provocando o tão temido "mal de sete dias", que antigamente, quando não havia noções mínimas de higiene e assepsia da ferida umbilical, levava à morte. De todas as lesões umbilicais, a mais frequente é o granuloma do umbigo, carne esponjosa e úmida, que desaparece com facilidade pelo toque sistemático com lápis de nitrato de prata uma vez ao dia, após o banho, durante vários dias seguidos.

## Tétano

O tétano é caracterizado pela hipertonia dos membros — as pernas e os braços ficam duros, sem flexão — e por contrações musculares generalizadas.

É conhecido popularmente como mal de sete dias, e o queixo da criança fica rígido, impedindo-a de abrir a boca para sugar a mamadeira ou o peito.

A profilaxia é o tratamento adequado da ferida umbilical (ver link) e a boa higiene do recém-nascido até a queda do cordão umbilical e vacinação rotineira de toda gestante.

Atualmente recomenda-se utilizar, na gestante, uma vacina tríplice, que ao mesmo tempo protege contra difteria, tétano e coqueluche.

## Tetania

Não deve ser confundida com tétano. O tétano é uma infecção, ao passo que a tetania é um estado de hiperexcitabilidade dos nervos e dos músculos, caracterizada por contrações musculares, variando de ligeiras a violentas. A causa da tetania é a redução de cálcio no sangue, abaixo de 7mg%. No recém-nascido, aparece geralmente por volta do 10º dia de vida. O tratamento é fácil e rápido, por meio da administração de cálcio por injeção ou pela boca, de acordo com a prescrição do pediatra.

## Onfalocele

Consiste na dilatação exagerada do cordão umbilical, com passagem de alças intestinais e até outros órgãos para seu interior, necessitando de cirurgia imediata.

## Luxação congênita dos quadris

Esta anomalia, que consiste na má articulação do fêmur (osso da coxa) com a bacia (osso ilíaco), pode passar despercebida aos familiares e ao próprio médico durante o primeiro ano de vida do bebê. Somente quando a criança começa a caminhar é que a perturbação da marcha chama a atenção dos pais. Entretanto, o exame médico cuidadoso, que deverá ser feito como rotina, descobrirá com facilidade o defeito desde o nascimento. A importância do diagnóstico precoce se deve ao fato de que a luxação congênita dos quadris é corrigida facilmente quando o tratamento se inicia nos primeiros dias de vida, garantindo normalidade futura, ao passo que quando o diagnóstico é feito com atraso o tratamento é penoso por vários meses, com aplicação de gesso, exigindo até, às vezes, intervenção cirúrgica.

O diagnóstico é feito por meio da manobra de Ortolani e confirmado pela ultrassonografia, sendo em alguns casos de interpretação difícil, sobretudo antes do sexto mês de vida. A manobra consiste em pôr a criança deitada, na posição de rã; com as mãos o examinador segura as coxas do bebê, abrindo-as o máximo que puder para baixo, com os joelhos quase tocando a cama; quando uma ou as duas coxas apresentarem-se resistentes, não permitindo um afastamento regular, deverá ser feita uma ultrassonografia. A simplicidade do tratamento, quando iniciado logo após o nascimento, com uma fralda dupla, evita a permanência de uma articulação defeituosa das coxas. O problema é seis vezes mais frequente nas meninas do que nos meninos e requer acompanhamento ortopédico.

## Hérnia inguinal

É a presença de abaulamento ou tumoração na região da virilha, surgindo principalmente quando o bebê chora ou faz qualquer esforço. Pode aparecer em um ou nos dois lados, sendo mais frequente nos meninos. É mais comum nos bebês prematuros e ocorre devido à fraqueza da musculatura neste local,

com comunicação e passagem de alças do intestino para dentro da bolsa escrotal. Na menina o ovário também pode entrar por esta comunicação. O tratamento é sempre cirúrgico, para evitar encarceramento e sofrimento das alças intestinais. De acordo com o pediatra a intervenção deverá ser feita tão logo se confirme o diagnóstico. Em caso de encarceramento ou estrangulamento, a cirurgia deve ser imediata e de urgência, por cirurgião infantil.

## Hérnia umbilical

É causada pela obturação imperfeita ou fraqueza do anel umbilical. Consiste na expulsão de pequena parte do intestino delgado, variando a largura de 1cm a 5cm. Hérnias maiores são muito raras.

A hérnia pode estufar quando a criança chora, porém não causa dor.

As hérnias precoces, que aparecem antes dos seis meses, geralmente desaparecem espontaneamente aos doze meses; as maiores podem ocorrer entre os seis meses e seis anos. No caso de a hérnia aumentar de volume, é prudente operá-la por volta de três anos de idade. Raramente ela se estrangula. Não deve ser usado nada no local.

### Fimose

O estreitamento do prepúcio, pele que recobre a glande, é normal nos primeiros meses de vida. É chamado de fimose fisiológica. São controversos neste período exercícios para reverter a fimose. Existem medicamentos que auxiliam no afinamento da pele e que devem ser usados com a criança maior se houver persistência do quadro. A cirurgia corretiva só será indicada se o estreitamento persistir após os quatro anos, ou caso haja infecções de repetição na glande (postites) ou estrangulamento (parafimose).

## HEMORRAGIAS NO RECÉM-NASCIDO

O recém-nascido apresenta tendência espontânea a hemorragias. Sua causa está na fase de adaptação à vida própria, com todos os mecanismos iniciando suas atividades, como a estrutura da coagulação, o funcionamento do fígado e a condição de fragilidade das paredes das artérias e capilares, predispostos às pancadas (traumatismo) inevitáveis durante o trabalho de parto. Das hemorragias, as mais

frequentes são as umbilicais, devido ao trauma por ocasião do parto, ficando o cordão umbilical a eliminar sangue de 24 a 48 horas no máximo. Outra causa, e a mais provável, é a ligadura malfeita do cordão umbilical. Um tipo de hemorragia que assusta os pais é a hemorragia vaginal do período neonatal, sem maiores consequências, observada na primeira semana de vida e resolvendo-se espontaneamente. Sua causa reside no ajustamento hormonal recebido do sangue materno. Não é obrigatória, algumas meninas a apresentam, outras não. A denominada doença hemorrágica do recém-nascido, que se manifesta geralmente entre o terceiro e o quinto dias de vida, podendo o bebê perder sangue pela urina ou pelo intestino, tem como causa o retardamento de conversão de um elemento importante no fenômeno da coagulação sanguínea, a protrombina, respondendo imediatamente pela aplicação intramuscular de vitamina K. A doença hemorrágica do recém-nascido é mais frequente em bebês prematuros.

## DEFORMAÇÕES CONGÊNITAS

## Lábio leporino

O lábio leporino é uma fenda (brecha) congênita uni ou bilateral que varia desde um simples rasgo da mucosa e da pele do lábio superior até uma grande abertura atingindo as fossas (buracos) do nariz. O lábio fendido é um problema estético que não compromete a alimentação; as aberturas amplas excepcionalmente dificultam a sucção por muito tempo, porém a criança acaba se adaptando à malformação. O tratamento é exclusivamente cirúrgico. Quando as condições físicas são favoráveis, pode-se fazê-lo entre um mês e meio e dois meses; caso contrário, espere até os três meses, aguardando que a curva de peso assuma um curso favorável. Aproximadamente um terço das crianças que apresentam "lábio de lebre" ou "goela de lobo" tem um ou mais parentes com o mesmo defeito. Não está provado que estas irregularidades possam ter como causa qualquer influência materna antes ou durante a gravidez.

## Fenda palatina

Também conhecida popularmente como "goela de

lobo", consiste numa abertura (brecha) que pode variar desde uma simples fenda da "campainha" (úvula bífida) até um amplo rasgo que divide em dois o "céu da boca", permitindo a comunicação das cavidades bucal e nasal.

Geralmente inicia-se a alimentação por meio de sonda nelaton nº 6, sob forma de gota a gota; em seguida passa-se ao uso de colherinhas, e dentro de uma ou duas semanas fazem-se as primeiras tentativas com a mamadeira.

Se a brecha for muito ampla e o estado geral da criança não for conveniente, pode-se esperar até os dois ou três anos para realizar a cirurgia.

Em todos esses casos uma equipe multiprofissional (formada, pelo menos, por: odontopediatra, cirurgião bucomoxilofacial, pediatra e fonoaudiólogo) deverá ser consultada. Em várias cidades do Brasil existem centros de referências para acompanhamento e tratamento deste tipo de enfermidade.

## Úvula bífida

É o nome médico da "campainha" do céu da boca quando está partida, dividida. Dois por cento das crianças norte-americanas brancas a apresentam.

Algumas vezes ela está associada a um defeito no céu da boca, a abóbada palatina; os bebês que a têm são suscetíveis a otites e a problemas de fala e audição.

## DOENÇAS ADQUIRIDAS E GENÉTICAS

Por que alguns bebês nascem com defeitos? A fatalidade de os pais terem um filho com alguma deformação ou doença grave já está interpretada, e em parte com possibilidade de ser evitada. As causas podem ser divididas em dois grupos:

1) Causas adquiridas
2) Causas genéticas

Para o primeiro grupo, o das causas adquiridas, o conhecimento dos fatores comumente responsáveis dá recursos à medicina para evitá-las em inúmeros casos. Para o segundo grupo, o das causas genéticas, nas condições atuais do seu progresso já é possível em muitos casos que o médico possa prever a probabilidade de uma condição inaceitável. A prática da amniocentese trouxe uma contribuição positiva para o esclarecimento definitivo do problema.

Também é possível, utilizando o sangue da gestante pesquisar muitas doenças genéticas.

**Primeiro grupo:** na causa adquirida, temos o ovo formado para ser perfeito, mas fatores estranhos o agrediram quando no útero, nos três primeiros meses de gravidez. A rubéola, acometendo a mulher grávida nos três primeiros meses de gestação, é uma das causas. O vírus atinge o embrião, acarretando futuramente catarata, surdez, defeitos do coração, do sistema nervoso central e outras lesões.

Não é obrigatório, porém, que toda mulher grávida, vítima de rubéola nos primeiros meses de gravidez, tenha seu bebê com defeito. A decisão de interromper ou não a gravidez será estritamente pessoal e familiar.

Hoje temos conhecimentos mais positivos de como se passam os fatos. Assim, quando a ru-béola se manifesta no primeiro mês de gravidez, a agressão ao feto verifica-se na quase totalidade dos casos; se for mais tarde, durante o segundo mês, atingirá apenas a metade dos casos; se a grávida se infectar no terceiro mês, as probabilidades são bem menores. Do quarto mês em diante admite-se que seja mínimo o risco de nascer um bebê com deformações. Quando a rubéola

acontecer no último mês de gravidez, ele nascerá normal e poderá, entretanto, apresentar lesões da fase aguda da doença na pele. O vírus da rubéola adquirido *in utero* persiste geralmente por vários meses após o nascimento, sendo eliminado pelas secreções da faringe e pela urina. A conclusão prática deste conhecimento é a de que a mulher grávida, susceptível no primeiro trimestre, não deve ter contato com um bebê nascido de mãe que teve rubéola na sua gravidez.

Os autores modernos chegam a admitir que os fatores que prejudicam o embrião variam não só na sua intensidade (quantidade de dose) como, e principalmente, na ocasião em que atinge o ovo. Obedecendo a esta determinação de tempo, acredita-se que haja um verdadeiro "horário" de malformações (horário embriopático).

Se a rubéola ataca no primeiro mês, o feto poderá apresentar malformações múltiplas (catarata, cardiopatia, lesões do sistema nervoso etc.). A infecção no final do primeiro trimestre poderá causar lesões de órgãos isolados, principalmente defeitos de audição.

Admite-se que diferentes agentes podem provocar o mesmo tipo de lesão no período embrionário

correspondente ao "horário embriopático". Não só o vírus da rubéola pode ser responsável por lesões no feto. O vírus da doença de inclusão citomegálica, o parasita denominado *Toxoplasma gondii*, e a sífilis, por exemplo, também podem agredi-lo. Um pré-natal cuidadoso, sob orientação médica adequada, poderá evitar algumas dessas causas de doença fetal. Por exemplo, em relação à rubéola, a vacinação da mulher não grávida, evitando-se a gravidez durante o mês seguinte; em relação à toxoplasmose (doença provocada pelo toxoplasma), evitar contatos com gatos durante a gestação e a ingestão de carne crua ou malpassada de qualquer animal; em relação à sífilis, tratamento adequado da gestante e do companheiro com exame sorológico positivo etc. Não há medidas profiláticas ou terapêuticas conhecidas para evitar a doença de inclusão citomegálica. Há estudos a respeito de uma vacina, ainda não aprovada.

Outro fator que pode atuar desfavoravelmente na formação do feto são pais alcoólatras e fumantes inveterados, incompatibilidade do fator Rh e alimentação materna deficiente em vitaminas A e D. Das doenças crônicas maternas, o diabetes ocupa lugar indiscutível, porém não obrigatório; somente em 15% dos casos o recém-nascido apresenta lesões

do coração ou do sistema nervoso central. São contraindicados os compostos de cortisona, bem como outras substâncias químicas. A tendência atual é dar à mulher grávida, especialmente nos primeiros meses, o mínimo possível de remédios.

## Ácido fólico (vitamina B9)

Recomenda-se administração diária dessa vitamina em toda mulher que pretende engravidar. A sua utilização é mandatória nas primeiras semanas de gestação, reduzindo a possibilidade de defeitos de formação do sistema nervoso do bebê (defeito na formação do tubo neural).

## Medicamentos que podem ser prejudiciais

Muitos medicamentos tomados durante a gestação podem provocar defeitos na formação do bebê — são considerados drogas teratogênicas e os seus efeitos se fazem sentir de maneira variável, tendo extraordinária importância o momento da gestação em que é tomada e a dose.

Algumas dessas drogas podem igualmente provocar aborto. Como conselho de ordem geral, nenhum medicamento deve ser tomado sem autorização médica.

**Alguns medicamentos e possíveis problemas:**

Iodeto de potássio (causa o bócio).

Antitireoidiano (causa hipotireodismo congênito).

Quinino (provoca tendência hemorrágica e aborto).

Talidomida (provoca focomelia, atrofia dos braços e das pernas).

Clorotiazida (diurético, tendência hemorrágica).

Metiltestosterona (hormônio, provoca masculinização do feto feminino).

Indometacina e anti-inflamatórios não esteroides (podem provocar fechamento precoce do canal arterial e há relatos de hipertensão pulmonar no recém-nascido).

Progesterona (hormônio, provoca feminilização do feto masculino).

Aspirina A questão da aspirina tem merecido especial atenção dos pesquisadores. Em estudos feitos em pacientes grávidas que tomaram salicilato entre sessenta e noventa dias de gestação nada foi

observado, mas antes de sessenta dias, especialmente no período crítico de vinte e sete a quarenta dias, doses elevadas podem atingir o feto em 1%. Naturalmente são doses muito elevadas de aspirina.

Dos antibióticos, o mais perigoso para a gestante é a tetraciclina, que, aplicada por via venosa, pode produzir lesão grave do fígado, colocando em perigo a vida da mãe e do feto em 60% dos casos. Além disso, a tetraciclina também é acusada de provocar manchas no esmalte dos dentes de leite, e ainda há suspeita de que possa interferir desfavoravelmente no desenvolvimento dos ossos dos braços e das pernas do feto. É importante que a mãe não tome remédios durante a gravidez sem orientação médica.

## O CIGARRO (PAIS QUE FUMAM, FILHOS QUE TOSSEM)

É o grande inimigo do bebê antes e depois do nascimento. Está provado que pais fumantes prejudicam gravemente a saúde do bebê com este vício.

## Mãe fumante

**a)** Poderá ter um bebê com baixo peso ao nascimento e pouca altura.

**b)** Poderá apresentar anomalia congênita (nascer com defeito físico ou funcional). O sulfato de nicotina que a fumaça contém atinge e danifica o embrião.

**c)** Poderá causar morte súbita do bebê durante o sono.

**d)** Mais tarde, pode haver atraso da mobilidade dos membros, sobretudo das mãos e, em seguida, dos braços e das pernas.

**e)** Poderá haver diminuição na capacidade de aprendizagem da leitura e da matemática. No primeiro trimestre de gravidez, dez cigarros por dia podem provocar hemorragia, aborto ou morte do bebê durante o parto. Quando a mãe fumante amamenta, a nicotina passa ao leite e poderá aparecer na urina do bebê em quantidade considerável; mais de dez a vinte cigarros por dia são suficientes para o bebê apresentar excitação e falta de sono. É importante que não se fume onde está o bebê, pois ele também fumará (fumante passivo)!

## Pai fumante

**a)** Poderá gerar filhos pequenos e aumentar o risco de morte do recém-nascido, mesmo a mãe não sendo fumante.

**b)** Fumante inveterado: há a possibilidade de ter alterações cromossômicas e o filho nascer com defeito.

**c)** Depois de quinze anos com o vício de fumar (tabagismo), existe a possibilidade da diminuição da capacidade de procriar pela diminuição da mobilidade dos espermatozoides.

## A mãe que usa drogas (narcóticos)

Prejudica sensivelmente o seu bebê, sobretudo usando morfina, heroína e cocaína. O recém-nascido de uma mãe viciada apresenta tremores, agitação, choro, vômitos, dificuldade de se alimentar e até convulsão.

## As mães alcóolatras

Poderão ter filhos apresentando defeitos graves,

desde baixo peso até microcefalia, isto é, crânio pequeno, de consequências lamentáveis e definitivas; outras deformações têm sido apontadas, como a fenda palpebral estreita, osso maxilar (queixo) hipoplásico (pequeno) e defeitos das articulações e doenças congênitas do coração.

## Outros fatores de risco e problemas emocionais

Quando o ovo fica mal implantado no útero, pode ser deficientemente irrigado pelo sangue e evoluir para um feto anormal. As doenças maternas causadas por distúrbios glandulares, como, por exemplo, o diabetes, podem causar problemas no desenvolvimento dos fetos.

Há cientistas sérios que, de acordo com a crença popular, admitem que o estado emocional da mãe nos primeiros três meses de gravidez pode prejudicar a formação do óvulo. Não se referem, todavia, a um pequeno susto inconsequente, mas às emoções violentas e profundas que, no dizer de Marañon, "podem atingir fundo a alma".

As mães que estiverem submetidas a graves e demoradas tensões emocionais, durante as últimas

semanas do último trimestre de gravidez, podem gerar filhos neuróticos, cujas manifestações clínicas são choro excessivo; pouco sono; dificuldades de alimentação; demora em ganhar peso; enfim, bebês difíceis que deixam os pais e pediatras de cabelos brancos.

## Infecções pré-natais

As infecções pré-natais podem acontecer:

**1)** Através da placenta.

**2)** Subindo pelo canal vaginal e atingindo o útero.

**3)** Durante o parto normal.

### 1) Através da placenta o recém-nascido poderá ser infectado por:

Vírus:

rubéola, citomegalovírus, poliovírus, varicela, coxsackie, echo, HIV, herpes simples, caxumba, dengue, parvovírus e HTLV. Hepatites B e C podem passar pela placenta e afetar o bebê, porém o mais frequente é infectar o bebê no momento do parto.

Bactérias:

estreptococos do grupo B.

Espiroqueta:

*Treponema palidum* (sífilis).

Parasita:

*Toxoplasma gondii*, plasmódio, *Tripanosoma cruzii*.

Há um parasita, o toxoplasma, que através da mãe pode atingir o feto, provocando a toxoplasmose fetal, que se manifesta por microcefalia (cabeça pequena) ou hidrocefalia (cabeça d'água), entre outras alterações. As gestantes que se infectarem, quando tratadas de forma correta, reduzem a carga desse parasita e a possibilidade de ter o bebê afetado.

## 2) Transcervical

Bactérias:

estreptococos do grupo B e outros tipos de bactérias.

Fungos:

*Candida albicans* e *Cryptococus neoformans*.

Vírus:

citomegalovírus, herpes simples, HIV, HTLV e vírus das hepatites B e C.

## 3) Durante o trabalho de parto:

Vírus:

herpes simples, hepatites B e C, citomegalovírus, varicela, poliovírus, echo, HIV, HTLV.

Bactérias:

estreptococos do grupo B, *Neisseria gonorhoea*, *Chlamydia trachomatis*.

Fungos:

*Candida albicans*.

Parasitas:

toxoplasma, plasmódio.

## DOENÇAS HEREDITÁRIAS — GENÉTICA

Vamos considerar o segundo grupo.

O ser humano se parece com seus antecedentes, seus ancestrais.

Ao ver o recém-nascido, os amigos e parentes indagam com quem ele se parece. Com o pai? Com a mãe? E os olhos, testa, queixo, enfim, toda a fisionomia é analisada. O mecanismo biológico pelo qual certas características são transmitidas de pais para filhos, cujo processo é denominado de

hereditariedade, tem despertado grande interesse.

Assim, ao lado da transmissão dos traços fisionômicos — o jeito de andar, de falar, de gesticular, a tonalidade da voz —, os pais podem transmitir aos seus filhos algumas doenças suas ou de seus antepassados. O estudo da hereditariedade é uma ciência denominada Genética.

## Casamento de primos-irmãos

Se não houver genes anormais, não deverá haver perigo para a normalidade dos filhos. É indispensável consultar antes do casamento ou da gravidez um geneticista.

No ato sexual, ao se efetuar a fecundação — que é a união da célula feminina, o óvulo, com a célula masculina, o espermatozoide —, forma-se uma célula única, o ovo (ou zigoto). O ovo adere à parede interna do útero e começa a passar por uma série de modificações, transformando-se em embrião e, posteriormente, feto.

No início o ovo se compõe de duas porções distintas, o citoplasma e o núcleo. Logo no início ocorrem alterações no núcleo e formam-se os cromossomos, cujo número total é o resultado da

soma dos cromossomos do pai e da mãe, 46 cromossomos ao todo. Cada cromossomo apresenta aspecto quantitativo e qualitativo que o individualiza e torna possível identificá-lo.

Por sua vez, os cromossomos contêm no seu interior numerosas unidades, denominadas genes, calculando-se existir 1.600 em cada um deles. As alterações originárias desordenadas nas combinações genéticas podem ser localizadas de modo isolado nos genes, acarretando as genopatias, ou abranger o cromossomo por inteiro, gerando as cromossopatias.

As genopatias e as cromossopatias não têm tratamento. A cirurgia plástica tem indicações em alguns casos, de acordo com as circunstâncias. A utilização de células-tronco é uma promessa para o tratamento de algumas doenças genéticas.

A medicina tem procurado contribuir, considerando a possibilidade de prever quando a mulher terá um filho portador de uma doença genética grave e provavelmente irrecuperável. Quando há suspeita, pode-se indicar a amniocentese ou, mais recentemente, exames no sangue da gestante que têm a possibilidade de diagnosticar várias enfermidades genéticas. Na eventualidade de se confirmar tais suspeitas, a execução do aborto

terapêutico deverá ser discutida com os pais com a maior seriedade. Hoje já é possível, com o sangue materno, sem a necessidade de amniocentese, pesquisar várias doenças genéticas que estejam afetando o bebê intraútero

As genopatias são estados patológicos recebidos dos ascendentes e repassados aos descendentes. Constituem as doenças genéticas provocadas por um ou mais pares de genes defeituosos existentes nos cromossomos dos seus ascendentes.

As genopatias podem acarretar a morte do embrião ou do feto, ainda no útero, ou apresentar dois tipos de manifestações: os vícios da constituição e vícios de conformação.

No primeiro grupo há, contudo, uma série de doenças funcionais estranhas, felizmente raras, produzidas por distúrbios metabólicos dos aminoácidos, dos hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, enzimas, gorduras, doenças familiares e doenças raciais (no grupo de doenças familiares os indivíduos de origem judia sofrem mais).

No segundo grupo, as doenças de conformação, conhecidas por malformações, que constituem os defeitos físicos do rosto, nariz, boca, olhos, crânio, braços, pernas, dedos, enfim, qualquer parte. Neste

grupo estão incluídos a espinha bífida, a osteogênese imperfeita, a acondroplasia, o gargulismo e várias outras. Vale destacar que o uso de ácido fólico em mulheres que pretendam engravidar, e também durante os primeiros dias da gestação, reduz a possibilidade de problemas na formação do sistema nervoso central.

## A cromossomopatia

São diferentes alterações cromossômicas, constituindo aberrações na forma, no número ou na posição. Neste grupo está incluído o mongolismo — a síndrome de Down, que é uma alteração no cromossomo 21 —, a trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards), a do 13 (síndrome de Patau) e várias outras, dependendo do número de cromossomos atingidos e da alteração destes.

## A amniocentese e o sangue materno para pesquisar doenças genéticas

É feita por meio da introdução de uma agulha que perfura a pele, indo do abdome ao útero, a fim de

coletar uma pequena amostra do líquido amniótico (líquido em que o feto está mergulhado) para analisar os cromossomos antes do parto. Este líquido contém células flutuantes desprendidas do feto. Os cromossomos dessas células são idênticos àqueles que originaram o feto e mostrarão anormalidades, se existirem.

O risco de a amniocentese causar aborto espontâneo é de 1% ou 2%, ou menos.

Segue uma lista de condições em que o diagnóstico antes do nascimento pode ser feito pela amniocentese (segundo Vaughan e Mackay), que também está sendo usada para determinação do sexo do bebê:

Hipertrofia da suprarrenal, translocação de cromossomos, mongolismo (síndrome de Down), doenças de Fabry, galactosemia, doença de Gaucher, doença de acumulação de glicogênio, doença de Tay Sachs, síndrome de Hunter, síndrome de Hurler, deficiência de fosfatase ácida, "doença da urina com odor de xarope de maçãs", doença de Niemann-Pick.

A amniocentese também é utilizada para outras pesquisas, como diagnóstico do sofrimento fetal crônico ou da morte do feto, na determinação da incompatibilidade do fator Rh (doença hemolítica), diagnóstico do sexo fetal, bem como determinação do

grupo sanguíneo.

Tendo em vista ser procedimento invasivo, a amniocentese pode ser substituída. Atualmente é possível, com sangue coletado da mãe, pesquisar várias doenças no feto, além de avaliar o sexo e até mesmo confirmar a paternidade.

## Exames

Já é rotina, há alguns anos, o acompanhamento da gravidez com o auxílio da ultrassonografia. Este exame, que substituiu a utilização de radiografias para o acompanhamento da gestação, é isento de risco para o feto, já que, diferente dos raios X, não provoca qualquer lesão no organismo em formação. A rotina varia de acordo com o obstetra, mas são feitos geralmente três ou quatro exames durante toda a gravidez. Por meio do ultrassom poderá ser avaliada a vitalidade do feto, se ele apresenta alguma malformação, seu tamanho e peso aproximado e até o sexo.

# A ULTRASSONOGRAFIA

A ultrassonografia pode fornecer informações desde o primeiro semestre de vida, sem qualquer perigo para o ovo e o embrião, podendo ser repetida quantas vezes for necessária, como no caso do acompanhamento da gravidez de alto risco, dando informações precisas para o obstetra e o pediatra.

*A ultrassonografia é um auxílio para o diagnóstico precoce dos possíveis problemas do bebê, a fim de que o obstetra e o pediatra tomem as providências devidas.*

## Indicações para ultrassonografia

**a)** Determinar a idade do feto.

**b)** Determinar a imagem e o tamanho do feto, medindo as dimensões da cabeça, do tórax, do abdome e do fêmur.

**c)** Avaliar a maturidade, acompanhando a evolução do crescimento.

**d)** Esclarecer a suspeita de morte fetal.

**e)** Localizar exatamente a posição da placenta, para evitar danos com a realização da amniocentese e diagnosticar placenta baixa ou descolada.

**f)** Diagnosticar a posição fetal, uma gravidez gemelar ou múltipla.

**g)** Diagnosticar *mola hidatiforme* (massa carnosa, tumor benigno), formada pela proliferação e pela degenerescência das membranas fetais.

**h)** Determinar anormalidades congênitas.

**i)** Identificar a deficiência dos ossos longos, braços e pernas.

**j)** Substituir o uso da radiografia, considerando as possibilidades de risco para o bebê ou para a criança no futuro.

## FIQUE LIGADO — DICAS IMPORTANTES

## — NÃO ESQUEÇA

**1)** A mãe deverá amamentar seu bebê de preferência na primeira hora de vida.

**2)** Os responsáveis devem observar qualquer anormalidade com seu bebê, notificando o pediatra.

**3)** As primeiras evacuações do bebê são bem escuras (quase pretas), correspondendo ao mecônio, e deverão ocorrer nas primeiras 24 horas de vida, às vezes por um pouco mais de tempo.

# Capítulo 3

# O segundo dia

# O segundo dia

*No berço, o bebê deve ficar sempre de lado ou com a barriga para cima, com a cabeça ligeiramente elevada. Esta orientação vale também para quando ele for para casa e durante os seis primeiros meses de vida.*

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**a)** O coto umbilical deve ser limpo a cada troca de fralda com álcool a 70%.

**b)** Mamando ao peito, a criança não terá necessidade de beber água ou chá.

**c)** Se a criança estiver sendo alimentada com mamadeira, a água deverá ser oferecida de acordo com a sede da criança (10ml a 30ml por vez), sem forçá-la.

**d)** A urina deve ser eliminada várias vezes ao dia, sendo bem clara e pouco concentrada, sendo utilizadas em torno de oito a doze fraldas por dia.

**e)** O bebê poderá evacuar várias vezes ao dia (quatro vezes pelo menos) ou não evacuar nos primeiros dias, não sendo isso um problema.

**f)** A criança costuma chorar, expressando fome.

**g)** Sapinho são pequenos grumos brancos que podem surgir na boca, por volta do segundo dia de vida.

**h)** Deixe o bebê apenas com fralda e camisinha em ambientes quentes e mais agasalhado em ambientes mais frios.

**i)** Pele: bem fina e rosada. Nas crianças que passam do tempo para nascer, ela se apresenta áspera e seca.

**j)** Não estando com fome ou com sede, é comum os recém-nascidos ficarem quase imóveis no berço, dormindo a maior parte do dia.

**k)** Espirros e tosse são frequentes, devido à irritação provocada pela descamação das células da mucosa nasal. Não indicam resfriado.

**l)** O peito deverá ser oferecido à medida que a criança chora, sem horário rígido, passando-se ao outro peito na mamada seguinte.

A produção do leite, além da parte hormonal normal, depende muito do estímulo que o bebê provoca nas mamas quando suga; por isso, mesmo que a mãe ache que não tem leite, deverá colocar o bebê para sugá-lo todas as vezes que ele desejar. Não existe leite forte ou fraco; todo leite materno é bom e completo. Na impossibilidade de dar leite materno, pode-se recorrer à alimentação artificial, não esquecendo suas desvantagens em relação à alimentação ao peito. O recém-nascido poderá ser levado ao peito imediatamente após o nascimento, quando suas condições e as da mãe forem satisfatórias. É um erro separar o bebê da mãe se a mãe ou bebê não precisar de maiores cuidados. O choro do recém-nascido estimula o reflexo da produção do leite. Quando o bebê está ausente, a

mãe fica ansiosa, o que dificulta sua produção.

A alimentação exclusiva com leite materno deverá ser adotada até o sexto mês de idade, sem qualquer prejuízo para o bebê. Geralmente o bebê da sexta semana em diante regulariza automaticamente seu apetite, passando a mamar em intervalos regulares, geralmente a cada três horas.

O bebê alimentado com leite materno tem menos atração no futuro para os alimentos doces. A lactose, o açúcar contido no leite materno, é menos doce do que a sacarose (açúcar de cana). Não habituar o bebê a alimentos doces é a primeira providência para se evitar cáries, obesidade e diabetes.

## A importância da vitamina K

A quantidade reduzida de vitamina K no leite materno pode não contribuir para evitar doença hemorrágica (ver link). Assim, a administração de 1mg de vitamina K (ver link), em injeção intramuscular, hoje faz parte do cuidado do recém-nascido em todas as maternidades do Brasil (públicas ou particulares). A mãe não deve se preocupar com isso porque é rotina no país.

## Alojamento conjunto

É um sistema de internação hospitalar pós-parto no qual a mãe e o bebê permanecem internados no mesmo quarto. Durante muitos anos os bebês eram mantidos nos berçários e levados para a mãe apenas para amamentar. Todas as outras necessidades do bebê eram atendidas pela equipe de enfermagem. A mãe tinha pouco contato com seu bebê nestes primeiros dias de vida.

São alguns benefícios associados ao alojamento conjunto:

**a)** Fortalecimento do vínculo da mãe com o bebê.

**b)** Observação do bebê e reconhecimento de suas necessidades.

**c)** Maior sucesso na amamentação.

**d)** Redução do risco de infecção hospitalar.

As visitas ao recém-nascido são permitidas, porém deve-se ter atenção para a higiene das mãos de todos os visitantes e evitar aglomeração no quarto. A maioria dos hospitais indica apenas dois visitantes por dia, o que sabemos que é impossível em famílias grandes e pelo fato de o nascimento ser um evento tão importante. Entretanto deve-se ter cuidado com o

número excessivo de convidados. Além disso, deve-se evitar contato com parentes com gripes e resfriados ou doenças contagiosas. Aliás, pessoas com qualquer quadro infeccioso, mesmo quadros leves, devem evitar contato próximo com recém-nascidos.

## O INÍCIO DA LACTAÇÃO (PRODUÇÃO DO LEITE)

No primeiro dia após o parto, a mãe tem pouco leite, em torno de 10ml a 20ml, cerca de uma, duas ou até três colheres (das de sopa) em 24 horas. Este leite inicial é, como foi dito anteriormente, o colostro, de aspecto branco-amarelado, espesso, servindo como a primeira "vacina" que a criança recebe em sua vida. Sua digestão é mais rápida e por isso o bebê mama mais vezes nos primeiros dias de vida.

Esta pouca quantidade e a frequência que o bebê mama levam as mães de primeira viagem a achar que seu leite é fraco ou que elas têm pouco leite, o que às vezes leva ao desmame precoce e ao uso excessivo de leite artificial. Além disso, causa ansiedade para as mães (o que, veremos a seguir, leva à diminuição da

produção de leite). As mães devem ser orientadas que isso é normal e os acompanhantes devem apoiá-las neste momento delicado.

O leite materno é completo e é recomendado que o bebê seja alimentado exclusivamente por ele. Não se deve oferecer água, sucos, chás ou outros tipos de leite até o sexto mês de vida do bebê.

A produção do leite é regulada pelo sistema nervoso central (cérebro) sob diversos estímulos. Dentre eles, é importante destacar os emocionais e os do próprio processo de amamentação. Os estímulos emocionais podem afetar positiva ou negativamente a produção de leite. Dentre os que influenciam positivamente estão a calma, a felicidade, o desejo de amamentar e o contato com o bebê. Os que influenciam negativamente são a ansiedade, a insegurança, a tristeza e a dor. Outro fator que estimula a produção de leite é a sucção da mama pelo bebê. Quanto mais o bebê suga, mais leite é produzido e assim por diante.

Entre o segundo e o terceiro dias ocorre a apojadura, sentida pelo aumento e pelo calor nas mamas, e a produção do leite inicia-se de fato. O leite fica realmente com coloração de leite e o recém-nascido espaça um pouco as mamadas, criando seu

ritmo. Algumas mães demoram mais a ter o reflexo da apojadura, que costuma ocorrer até o quinto dia de nascimento. Não se pode achar que o leite da mãe é fraco, e sim deve-se incentivá-la a continuar a amamentar, pois é a sucção do bebê que gerará o processo. Existem mecanismos para auxiliar a mãe, por isso se houver a demora de mais de cinco dias para a apojadura, o pediatra deve ser consultado.

Apesar de a mãe não notar a diferença, em cada mamada, o leite inicial é rico em água, açúcares, anticorpos e sais minerais, e o leite final é rico em gorduras. Por isso é importante que o bebê esvazie uma mama em cada mamada, oferecendo-se a outra em seguida. Dessa forma, ele recebe todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento. Na mamada seguinte a mama que deve ser iniciada é a segunda oferecida na mamada anterior.

O peito deve ser oferecido em livre demanda, ou seja, a qualquer momento que o recém-nascido quiser mamar.

## Cuidado com as mamas

A nutriz deverá tomar banho diariamente, se

possível com sabonete de glicerina, e retirar durante o dia o leite que escorrer do bico com água pura, sem sabonete. Estes são os únicos cuidados higiênicos necessários. O excesso de higiene, principalmente com sabonete e antisséptico, predispõe às dolorosas fissuras (rachaduras do bico). Não se deve usar óleos, hidratantes ou pomadas nos mamilos, pois aumentam o risco de fissuras. Após o banho os mamilos devem sempre ser secos, assim como após cada mamada.

Os mamilos (bicos do peito) ficam salientes nos últimos meses da gravidez nas primíparas (mães pela primeira vez). Nas multíparas eles já estão protusos. Os bicos do peito doloridos são mais frequentes nas mulheres que são mães pela primeira vez; esta sensação é transitória e desaparece logo que a produção do leite (lactação) se tornar abundante.

O bico do peito poderá variar em tamanho e posição, mas o bebê acabará por se adaptar. Para evitar fissuras, o melhor é não usar cremes que contenham álcool e que destruam a oleosidade natural da pele que o reveste. Sua ausência aumenta a dor. O mais indicado é a exposição ao ar, ao sol e a aplicação de lanolina pura no local. Proteja os bicos com algodão e gaze esterilizada e protetores

industrializados. Estes protetores devem ser trocados regularmente para evitar que as mamas e os bicos fiquem úmidos.

## A pega adequada

A "pega"é o posicionamento do bebê quando ele está sendo amamentado. Para uma sucção efetiva e prevenção de feridas nas mamas é essencial que o bebê tenha uma boa "pega". Para tal, a mãe deve estar em ambiente calmo, apoiada, com a barriga do bebê em contato com a sua. A mama deve ser apoiada com as mãos em forma de "C" e oferecida à criança (sem pinçar a mama com o polegar e o indicador). Os lábios devem ficar evertidos e abranger a maior parte da aréola (ou seja, não só o bico), o queixo do bebê deve tocar a mama, a boca deve estar bem aberta, as bochechas não devem fazer "covinhas". Para parar a amamentação o dedo mínimo deve ser inserido no canto da boca, a fim de evitar fissuras.

## Benefícios do aleitamento materno

O leite humano é o melhor e mais completo

alimento para seu filho. Existem inúmeros benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe quanto para o bebê.

O leite materno tem as características nutricionais ideais para os bebês, pois oferece quantidades equilibradas de água, proteínas, gorduras, sais minerais e anticorpos para o seu bebê. Por ter anticorpos oriundos da mãe, o leite protege neste primeiro momento contra inúmeras doenças como as viroses, gripes, diarreia, meningite e otites, entre outras. A longo prazo, vários estudos demonstram que, por ter quantidade adequada de proteínas e gorduras, seu bebê terá menos chance de desenvolver doenças cardiovasculares e metabólicas (obesidade, diabetes, hipertensão arterial), leucemia e alergias alimentares. Além disso, a amamentação reduz o risco da síndrome da morte súbita infantil, que é quando o bebê morre sem causas aparentes.

E os benefícios não são apenas para o recém-nascido, mas também para a mãe e a família. A amamentação contribui para o estabelecimento do vínculo com o bebê, ajuda no restabelecimento do peso anterior à gravidez, acelera a involução uterina (retorno do útero à sua forma anterior), reduz o risco de sangramentos, ajuda na prevenção de nova

gestação, reduz o risco de desenvolvimento de câncer de mama, endométrio e ovário. E é isenta de custo.

## O que pode auxiliar a amamentação

A mãe deve ingerir bastante líquido enquanto estiver amamentando (água e sucos naturais, de preferência). Deve ingerir pelo menos de dois a três litros de líquido por dia, principalmente nos dias quentes, e ter uma garrafa própria para medir a quantidade de água que está bebendo.

A mãe não deve oferecer mamadeiras e chupetas; além disso, não deve colocar bicos artificiais sobre o peito, entre ela e o bebê. Esses bicos de silicone, além de ser fonte de infecção para o bebê, atrapalham a sucção e fazem com que o bebê tenha que fazer mais esforço, aumentando o gasto calórico.

Algumas mães, principalmente na segunda gestação, apresentam uma grande quantidade de leite, o que faz a mama ficar volumosa e dura, dificultando a amamentação, já que o bebê não realiza a pega adequada. Para melhorar a pega nestes casos a mãe deve fazer uma ordenha manual deste excesso de leite, deixando a mama um pouco mais flácida facilitando a pega adequada e evitando fissuras,

ingurgitamento e mastite (sobre a qual você lerá no próximo tópico).

Não existe nenhum alimento específico que aumente ou diminua a produção de leite, nem contraindicado durante a amamentação. A mãe não deve fumar ou ingerir bebidas alcoólicas durante o período da amamentação.

## Problemas que podem aparecer ao iniciar a primeira mamada e suas soluções

As principais dificuldades na amamentação são emocionais e por isso o apoio recebido pela mãe nestes primeiros dias é essencial para o sucesso da amamentação. A mãe deve estar amparada pelo companheiro, pelos familiares e pela equipe médica. Para isso ela deve chegar neste momento sem dúvidas e com total confiança em si mesma.

Vários estudos mostram que a maior causa de desmame precoce são o medo de amamentar, situações de estresse passadas pela mãe, medo de o leite ser fraco e não nutrir seu bebê, sensação de incapacidade ou insegurança e medo de sentir dor. Sabemos que todas as dificuldades podem ser

combatidas com o apoio e informação dados à mãe antes e logo após o nascimento.

Além disso, outras causas de dificuldade são atribuídas às mamas. Culturalmente, mães que apresentam bicos retraídos e/ou invertidos consideram que não podem amamentar, o que é uma inverdade nos dias de hoje. A mãe deve ser incentivada a amamentar mesmo nessas condições, já que a própria succão do bebê levará à formação do bico. O bebê não deve só abocanhar o bico e sim toda a aréola, ou seja, isso não é impeditivo para a amamentação.

A pega inadequada e as dificuldades enfrentadas nos primeiros dias podem levar a algumas alterações mamárias que dificultarão a amamentação, como o ingurgitamento mamário, fissuras mamárias (as famosas rachaduras) e a mastite (que é a infecção da mama).

O ingurgitamento mamário é popularmente conhecido por “peito empedrado”. Em tais situações

se observam caroços avermelhados e dolorosos nas mamas. Para evitar isso deve-se massagear bastante o peito na região com ingurgitamento. Além disso, como já foi explicado, a mama deve ser ordenhada com a mão, sendo esvaziada um pouco antes de oferecer para o bebê. Isso não impossibilita a amamentação; pelo contrário, se a mãe não oferecer a mama corre o risco de desenvolver mastite.

As fissuras mamárias ocorrem na maioria das vezes porque a pega está inadequada. As fissuras são uma grande causa de dificuldade de amamentação, pois provocam dor e ansiedade na mãe e na família. Porém, com algumas medidas, a mãe manterá a amamentação e evitará posteriores rachaduras. São elas: observar a pega adequada; interromper a mamada de forma correta (o dedo mínimo deve ser inserido no canto da boca, pressionando o peito e retirando-o da boca do bebê); manter mamilos secos; por um dia a mãe deve ordenhar o leite por extração manual se for muito dolorosa a amamentação; ordenhar um pouco de leite antes de iniciar a mamada caso a mama esteja muito cheia; e evitar a utilização de bicos de silicone.

A mastite é a inflamação da mama associadada à infecção desta. Ocorre quando há presença de fissuras

e/ou acúmulo de leite nas mamas e consequente obstrução dos dutos lactíferos e infeccão destes. Na mastite as mamas ficam duras, dolorosas, e pode haver saída de secreção amarelada da mama. Pode haver febre. A mãe deve ser avaliada por um médico. Nesses casos a amamentação deve continuar e está associada à melhora do quadro, pois estimula a drenagem da mama afetada. Não deixe de procurar o seu obstetra.

Por fim, um outro problema que pode ser enfretando pela mãe é "achar" que está produzindo pouco leite. Vale ressaltar que este diagnóstico (hipogalactia) de diminuição ou falta do leite materno deverá ser feito apenas pelo médico, e é muito raro. Se a mãe tiver dúvida sobre a quantidade de leite produzida, ela deve procurar auxílio médico antes de iniciar uma alimentação complementar para o bebê.

## A primeira mamada

Havendo condições clínicas da mãe e do bebê, a amamentação deve ter início ainda na sala de parto. Quanto mais cedo ela iniciar, maiores as chances de sucesso. O recém-nascido normal estará alerta e espontaneamente pegará o bico; no caso de estar

sonolento ou se houver tido um parto demorado, terá alguma dificuldade, porém isso não será impeditivo para realizar a amamentação. Deve-se insistir: estudos mostram que bebês amamentados ao peito na primeira hora de vida têm maior chance de sucesso.

O parto cesáreo não será impeditivo para a amamentação na primeira hora de vida. Não existe contraindicação para que isso ocorra, se a mãe e o bebê estiverem estáveis.

A mãe poderá amamentar deitada ou sentada numa cadeira de balanço, que dá melhor conforto e relaxamento; deverá procurar a melhor posição, variando até achar a mais confortável.

## Frequência das mamadas

O bebê deve ser amamentado sob livre demanda, ou seja, quando sentir necessidade. Não devem ser estabelecidos horários de mamadas. Com o tempo o bebê estabelece seu próprio ritmo. As mamadas da madrugada não devem ser suprimidas porque há maior liberação de prolactina, com incremento na produção de leite.

## Mulheres que realizaram cirurgia mamária estética

As mulheres submetidas a cirurgia plástica mamária, como as de redução mamária e implante de silicone, podem apresentar dificuldades na amamentação. Tais dificuldades podem ser superadas se a escolha da técnica for adequada e se o apoio da equipe de saúde dado à nutriz com dificuldades de amamentação for intensivo. Portanto, amamentar após a realização de cirurgia plástica mamária pode ser difícil, mas é possível.

Nas cirurgias de redução mamária realizadas até o século XX havia a redução de alvéolos lácteos, o que dificultava a producão de leite. Nas cirurgias atuais, os cirurgiões tendem a preservar o máximo de ductos lácteos, o que possibilita a amamentação.

## Oferecer precocemente alimento artificial é um erro!

No segundo ou terceiro dia de vida, devido à afobação da família e do médico e à comodidade da enfermeira do berçário, o oferecimento antecipado de alimento artificial impede a sucção vigorosa do bebê

no peito e a descida do leite. O bebê, farto com a mamadeira, não se esforça em sugar a mama, faltando assim o melhor estímulo para a secreção da glândula mamária, que, uma vez funcionando, durará certamente por seis meses ou mais.

A alimentação artificial precoce, na primeira semana de vida, está sendo acusada de ser a causa de várias manifestações alérgicas que os bebês apresentam, assim como grande causa de desmame precoce.

## QUANDO A MÃE NÃO DEVE AMAMENTAR

Em relação às doenças infecciosas, existem duas situações em que a amamentação está contraindicada: quando a mãe tem infecção pelo HTLV e quando é portadora do vírus HIV (Aids). Outra contraindicação absoluta é o bebê possuir galactosemia.

Com relação ao uso de medicações, hoje em dia poucas drogas contraindicam formalmente a amamentação, e dentre elas estão os agentes

quimioterápicos (imunossupressores e antineoplásicos). Outras situações especiais que devem ser avaliadas pelo médico são psicose puerperal (onde pode ser mantida se sob supervisão e após liberação médica) e varicela (catapora) a amamentação está contraindicada temporariamente se as lesões maternas iniciarem cinco dias antes ou dois dias após o parto.

## Quando a criança não pode ou não quer mamar

Várias causas poderão estar em jogo:

**a) Vício de conformação:** lábio leporino (lábio superior fendido); "goela de lobo" (céu do palato aberto); queixo pequeno demais (micrognatia) ou língua grande demais (macroglossia).

**b) Crianças prematuras ou com baixo peso ao nascimento:** não dispõem de força suficiente para sugar o peito, sendo necessário coletar o próprio leite, no volume necessário, e dá-lo em mamadeira ou por sonda gástrica, nunca em colher.

**c) Bebê neuropata:** criança não apresenta força muscular para realizar a sucção. Esses casos, bastante

delicados, exigem da mãe e do pediatra assistência cuidadosa.

**d) Doenças neuromusculares:** hipotonia acentuada e impossibilidade de sugar e deglutir.

Nenhuma dessas causas contraindica a amamentação, porém esses recém-nascidos devem ser acompanhados de perto por pediatras, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, para avaliar a possibilidade de se manter a amamentação.

## Medicamentos e amamentação

Para o uso de medicamentos durante a amamentação um médico ou Banco de Leite Humano deverá ser consultado. Os medicamentos podem reduzir a produção de leite ou passar para o bebê através do leite. Ou seja, qualquer medicação que for ingerida pela mãe deve ser feita com orientação médica.

Chás de plantas orgânicas e remédios fitoterápicos devem ser avaliados também pelo médico. Algumas dessas substâncias passam pelo leite, podendo levar o bebê a ficar mais sonolento ou irritado.

A mãe não deve fazer uso de nenhuma droga ilícita

no período da amamentação. Seu uso impossibilita a amamentação por dois a três dias. Essas drogas podem levar a tremores, irritabilidade e até dependência.

A nicotina também é prejudical ao recém-nascido, podendo levá-lo a apresentar náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, irritabilidade e causar a diminuição do leite da mãe.

## Direitos da nutriz

São direitos da nutriz:

**a)** Estabilidade do emprego da concepção a cinco meses após o parto (Constituição Federal e CLT).

**b)** Licença maternidade de 120 dias (Constituição Federal e CLT). Tal direito estende-se a mães adotivas.

**c)** Direito à prorrogação da licença maternidade por sessenta dias: Lei 11.770/2008, para servidoras públicas e trabalhadoras de empresas que aderiram ao Programa Empresa Cidadã (incentivo fiscal). A prorrogação é facultativa e a mãe deverá lutar para que seu empregador a conceda.

# A AMAMENTAÇÃO E UMA NOVA GRAVIDEZ

Na verdade, a menstruação tende a retornar no fim da amamentação. Entretanto, há a possibilidade de ovulação antes da sua volta. Não há garantia de que uma relação sexual antes da volta da menstruação esteja livre de uma nova gravidez; não é provável, mas é possível.

A possibilidade do reinício da ovulação (nova gravidez) é muito menor nas mães que amamentam por mais tempo, inclusive à noite. A complementação da alimentação com fórmulas infantis não tem essa mesma capacidade de inibir a ovulação, aumentando o risco de uma nova gestação.

Não é aconselhável haver nova relação sexual antes do fim do primeiro mês após o parto. Quando está no período de lactação, a nutriz pode ovular sem menstruar. Há o risco de engravidar.

## A mãe que amamenta pode tomar anticoncepcional?

Sim. Existem anticoncepcionais que possuem

apenas progesterona, o que não influencia a amamentação. Métodos de barreira, como camisinha, também podem ser utilizados. A nutriz deve conversar com seu ginecologista sobre o melhor método anticoncepcional durante a consulta de um mês pós-nascimento.

## Bancos de leite

É um serviço de coleta, pasteurização e distribuição de leite humano. O banco de leite faz exames específicos nas amostras recebidas e as distribui para maternidades, para utilização em berçários e UTIs e para mães que não podem amamentar seus filhos. A comercialização dos produtos de banco de leite é proibida.

Nestes bancos de leite, ocorre a pasteurização, que é um processo técnico de aquecimento do leite por tempo determinado para eliminação de micro-organismos.

Para fazer doações a estas instituições basta achar o banco de leite mais próximo à sua casa através do site: www.fiocruz.br/redebhl.

## Extração do leite

A extração do leite, ou ordenha, pode ser realizada para vários fins: evitar o empedramento do leite e suas complicações, manter a lactação em momentos no qual a mãe está ausente, coletar o leite para doação.

## Como fazer — técnica manual

**1)** Escolher um local limpo e confortável.

**2)** Prender os cabelos com touca e utilizar máscara sobre o nariz e boca (pode ser utilizada fralda limpa no lugar da máscara).

**3)** Lavar mãos e braços e enxugar.

**4)** Lavar as mamas com água e enxugar.

**5)** Abrir o recipiente de vidro onde o leite deve ser armazenado e deixar a tampa (que deve ser de plástico) virada para cima.

**6)** Massagear as mamas.

**7)** Segurar com o polegar e demais dedos a região areolar (parte escura).

**8)** Firmar o dedo e empurrar para trás.

**9)** Despreze os primeiros jatos em um pano.

**10)** Segure o vidro com uma mão e utilize a outra para realizar a ordenha.

**11)** Anote na tampa a data e a hora da coleta.

Para a extração do leite humano também podem ser usadas bombas manuais ou elétricas. Elas devem ser higienizadas a cada utilização e seu uso deve ser evitado em caso de fissuras.

### Armazenamento do leite

O leite humano deve ser acondicionado em frasco de vidro com tampa plástica. Na geladeira (região superior), por doze horas. No congelador por cinco dias, e em freezer por até quinze dias.

## VACINAÇÃO

Nas primeiras doze horas de vida o recém-nascido recebe a primeira dose da vacina para hepatite B; esta vacina deve ser feita na maternidade. A mãe deve observar na caderneta de vacinação que é fornecida na

alta se ela foi realizada.

Ainda na primeira semana de vida o bebê deverá ser vacinado para tuberculose (BCG); esta vacinação deverá ser feita no posto de saúde mais próximo a sua casa. É oferecida gratuitamente pelo governo brasileiro em todo o país. Também há opção de se administrar a BCG em clínicas privadas de vacinação.

## TRIAGEM NEONATAL

A triagem neonatal constitui-se de métodos para detecção precoce de doenças nos recém-nascidos.

### Teste do pezinho

Triagem para doenças metabólicas e anemia falciforme.

O teste básico é oferecido pelo SUS e inclui pesquisa para: anemia falciforme, hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria (e fibrose cística em alguns estados). Fora da rede pública pode ser realizado o teste ampliado, que pesquisa várias outras doenças metabólicas.

Esse teste é feito no sangue e a coleta é realizada através de um pequeno furo, geralmente no calcanhar, e gotinhas de sangue são coletadas em papel filtro especial para análise laboratorial.

O teste do pezinho é feito nos postos de saúde de todo o país e em muitas clínicas e laboratórios privados.

## Teste da orelhinha

Tecnicamente chamado de teste de emissão otoacústica. Sua função é detectar deficiência auditiva. É feito com equipamento especial que emite sons e verifica a resposta dos ouvidos ao estímulo. É um teste indolor que algumas vezes tem que ser repetido ou complementado. Não é fornecido pelo governo em todos os estados brasileiros, mas, atualmente, alguns disponibilizam. A mãe deve procurar saber no seu estado se o teste é ou não realizado gratuitamente.

## Teste do olhinho

É a verificação da coloração naturalmente vermelha do fundo do olho do recém-nascido. É um teste

rápido que pode ser feito pelo pediatra na própria maternidade. Por vezes há necessidade de que seja repetido por um especialista. Sua função é detectar doenças oculares, como a catarata congênita e o retinoblastoma (tipo de tumor ocular).

### Teste do coração

É uma nova proposta de triagem neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, para a detecção de cardiopatias congênitas. Com um equipamento especial, o oxímetro de pulso, e de forma indolor, é estimada a concentração de oxigênio no sangue. Alterações podem sugerir doenças cardíacas. Deve ser realizado ainda na maternidade pelo pediatra.

## SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO

### Orientações gerais

**a)** Não deixe seu bebê entrar em contato com animais.

**b)** Prefira o termômetro digital, pois o mercúrio é tóxico.

**c)** Não utilize talco no bebê, sob o risco de aspiração e pneumonia química.

**d)** Opte por materiais aprovados pelo Inmetro e certificados de acordo com as normas da ABNT.

## Sufocação

**a)** O colchão deve estar bem ajustado ao berço e não deve ser mole.

**b)** Dentro do berço não devem ficar almofadas, travesseiros, brinquedos, mantas, colchas.

**c)** Se for necessário cobrir o bebê, prender a coberta embaixo do colchão.

**d)** Colocar o bebê para dormir de barriga para cima.

**e)** Não utilizar prendedor de chupeta.

**f)** Utilizar pouca água na banheira de banho (o suficiente para cobrir o umbigo).

## Queda

O bebê deverá ser sempre supervisionado. Os

principais locais de risco para queda são: carrinho, cama, trocador, colo de outras crianças. Em caso de qualquer queda nesta fase o bebê deve ser levado para a emergência infantil.

## Transporte

**a)** Utilize sempre o assento de segurança infantil (leia mais à frente sobre a maneira certa de transportar o bebê).

**b)** Sempre que possível alguém deverá estar ao lado do bebê durante o transporte.

## Queimaduras

**a)** Riscos: líquidos quentes, água do banho, compressas, cigarro, sol.

**b)** Sempre testar a água do banho do bebê antes de iniciar o banho. Preferir "temperar" a água fria com água quente para evitar acidentes.

**c)** Nunca cozinhar com o bebê no colo.

**d)** Não ingerir alimentos ou bebidas quentes com o bebê no colo.

**e)** Não expor o bebê por muito tempo ao sol. Evitar os horários de sol mais forte.

## ALTA DO BEBÊ

Ocorre com aproximadamente 48 horas de vida. Situações que podem adiar a alta do bebê:

**a)** Icterícia neonatal (pele amarelada).

**b)** Atraso da eliminação do mecônio (fezes esverdeadas, características dos primeiros dias de vida).

**c)** Impossibilidade de alta da mãe.

**d)** Hipoglicemia neonatal.

**e)** Perda de peso excessiva.

**f)** Alterações respiratórias do recém-nascido.

## TRANSPORTANDO SEU FILHO PARA CASA

Desde a alta da maternidade, o bebê recém-nascido

deve ser transportado em assento de segurança apropriado, no banco traseiro do veículo, virado de costas para a direção do deslocamento do veículo, como consta da nossa legislação. No nosso país tem-se a cultura de que ao sair da maternidade o recém-nascido deve viajar no colo da mãe, mas isso deve ser desencorajado.

Desde setembro de 2010, vigora no Brasil a Resolução nº 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), segundo a qual, para transitar em veículos automotores, menores de dez anos devem ser transportados nos bancos traseiros, usando individualmente um dispositivo de retenção apropriado para a sua idade. A desobediência a essa resolução configura infração gravíssima, com multa e retenção do veículo até que a irregularidade seja sanada.

Essa lei foi criada após um acidente de trânsito. Se o recém-nascido estiver no colo da mãe, esta não terá como segurá-lo, fazendo com que ele seja lançado; além disso, o próprio corpo da mãe, no momento do choque, pode tornar-se um peso, esmagando o bebê. Soma-se a isso o fato de que a criança não terá proteção no pescoço, que ainda não apresenta sustentação. Por esse motivo, a Academia Americana

de Pediatria, a Sociedade Brasileira de Pediatria e, desde 2010, o Conselho Nacional de Trânsito tornam obrigatório o uso do dispositivo de segurança, no caso do recém-nascido, o bebê-conforto.

Os modelos de bebê-conforto devem ser certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), seguindo a Norma Técnica NBR 14.400, que obriga os fabricantes a cumprirem as especificações de segurança. Para mais informações, acesse o site do Inmetro:
http://www.inmetro.gov.br/prodcert/produtos/busca
No item "classe de produto", selecione "dispositivo de retenção para crianças" e, a seguir, "buscar", e abre-se o menu completo dos modelos certificados até o momento, entre nacionais e importados.

A instalação do bebê-conforto deve ser feita segundo o manual de instrução do material e não por conta própria do pai, pois todos os detalhes que podem passar despercebidos sem o manual de instrução podem ser essenciais para a segurança do bebê. Deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferencialmente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança de três pontos.

Para testar a fixação efetiva dobre uma perna e apoie o joelho em seu assento e puxe com força. Revise periodicamente para observar afrouxamento ou desconexão do equipamento.

## FIQUE LIGADO

**1)** O leite materno é completo.

**2)** O bebê deve ser alimentado exclusivamente por leite materno; nada de água, sucos, chás ou leite de vaca até o sexto mês de vida.

**3)** Observe a maneira adequada de amamentar seu bebê.

**4)** Não use óleo ou sabonetes antissépticos para lavar as mamas, e certifique-se de que estejam sempre secas para evitar rachaduras.

**5)** Mãe que está amamentando deve ingerir muito líquido.

**6)** Não fume nem tome bebidas alcoólicas durante o período em que estiver amamentando.

**7)** O coto umbilical deve ser limpado em todas as trocas de fralda.

**8)** Seu filho deve ser vacinado com as vacinas da hepatite B e BCG.

**9)** Utilize bebê-conforto para o transporte de seu filho para casa

**10)** A teoria dos mil dias (nove meses de gestação, mais os dois primeiros anos de vida) recomenda o leite materno (ou a fórmula infantil) até o sexto mês de vida e só depois permite que outros alimentos sejam introduzidos.

# Capítulo 4

# O terceiro dia

# O terceiro dia

*Apesar de o cordão umbilical já ter sido cortado, a ligação entre mãe e filho continuará pela amamentação.*

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**a)** Deve-se ter o mesmo cuidado dos dias anteriores para com o coto umbilical. Higiene com álcool a 70%.

**b)** No terceiro dia já costuma ser mais farta a produção de leite materno, o que facilita a sucção do bebê.

**c)** Evacuação: o mecônio, já quase todo eliminado, agora mistura-se com as fezes oriundas do leite ingerido; é normal o bebê ficar sem evacuar no período. Se você estiver oferecendo apenas leite materno, o recém-mascido pode ficar até sete dias sem evacuar sem isso representar constipação (intestino preso). Isso ocorre porque o bebê está aproveitando a maior parte do leite, sem gerar resíduos a serem eliminados. Ou seja, é um bom sinal!!!!!

**d)** A urina é eliminada diversas vezes ao dia, variando seu volume de 30ml a 160ml, o que equivale a trocar entre oito a doze fraldas por dia.

**e)** Há choro no caso de fome; os bebês choram também de frio e por necessidade de ficar no colo da mãe (sentir o cheiro e calor materno).

**f)** Os recém-nascidos de mãe com monilíase vaginal ou micose nas unhas podem, já no terceiro dia de

vida, apresentar "sapinho" ou candidose ou ainda monilíase (placas brancas) na boca. Outra causa da monilíase é o uso de chupetas e mamadeiras (bicos).

**g)** Vestuário: fraldas e camisinhas em climas quentes; macacões e mantas quando está frio.

**h)** A movimentação no berço aumenta.

**i)** O recém-nascido dorme a maior parte do tempo.

**j)** As golfadas passam a ocorrer principalmente nos bebês cujas mães têm muito leite ou amamentam com técnica errada. Convém colocar o bebê no colo, em posição vertical, por vinte minutos, logo após a mamada, para ele arrotar.

**k)** Pele: início da descamação epitelial, principalmente em bebês que nasceram depois do tempo certo. Após o nascimento, o bebê apresenta uma descamação, como se estivesse mudando de pele. Às vezes é muito intensa, e a pele deposita-se em grande quantidade pelo lençol, impressionando a família. No quinto ou sexto dia de vida, esta escamação terminará.

No terceiro dia já costuma ser farta a produção de leite e a mãe deverá perceber quando o seu recém-nascido estiver ou não com fome. Ele geralmente se apresentará sonolento nos primeiros dias,

principalmente se estiver muito agasalhado. Alguns bebês sugam muito pouco leite ainda no terceiro dia, e é normal a perda de peso nos primeiros dias. TODOS os recém-nascidos perdem em torno de 10% do seu peso nestes primeiros dias, e isto ocorre porque nestes dias a principal função do colostro é oferecer imunidade (anticorpos) para seu bebê e não engordá-lo. A produção de gordura no leite será aumentada aos poucos, o que a mãe perceberá facilmente pela coloração do leite, que vai mudando.

Este peso perdido pelo bebê é rapidamente recuperado com a manutenção da amamentação, sem a necessidade de desespero por parte da mãe ou da família. Em torno do décimo dia, o bebê terá novamente o peso de nascimento. Se seu bebê perder mais que 10% do peso ou estiver demorando para se recuperar, deverá ser avaliado pelo pediatra.

A paciência e a persistência da mãe na primeira semana de vida são decisivas para o sucesso do aleitamento até o sexto mês. A secreção do leite, uma vez iniciada, persistirá por um ano, ou mais, na maioria dos casos.

O quarto dia é a ocasião em que o recém-nascido desperta para a sucção; e se ele for bem conduzido, se tornará um excelente beberrão de leite materno!

É comum que o bebê passe a maior parte do tempo dormindo, mas se ele não acordar para mamar e parecer estar sempre desinteressado, consulte seu pediatra: esta letargia não é normal.

Cada bebê é uma pessoa, é diferente do outro, sobretudo na movimentação dos membros, nos sentimentos e sentidos. Desde o útero, alguns são quietos e outros nem deixam a mãe dormir tranquila nos últimos meses de gravidez, dando-lhe pontapés ou "andando de bicicleta".

Alguns nascem brigando e gritando, outros são menos ativos, ficam acordados ou dormem profundamente.

## POR QUE OS RECÉM-NASCIDOS SÃO DIFERENTES UNS DOS OUTROS?

As razões não estão claras, e várias considerações devem ser feitas:

**a)** Hereditariedade: repete o modo de ser do pai, da mãe, dos avós.

**b)** Dieta e tranquilidade da mãe durante a gravidez.

**c)** Gravidez normal ou acidentada.

**d)** Hábitos da mãe durante a gravidez.

**e)** Estado emocional da mãe.

**f)** Tipo de parto, normal, cesáreo, a ferro (a fórceps).

**g)** Duração do parto.

**h)** Condições ao nascer (ver Teste de Apgar).

## O BANHO DO RECÉM-NASCIDO

O banho do recém-nascido poderá ser dado logo no primeiro dia. O início do banho é adiado nos recém-nascidos de muito baixo peso que são prematuros e ficam na UTI porque sua pele ainda é muito sensível e perde muito calor, o que impossibilita o banho. Em bebês que nasceram no tempo certo não há contraindicação para o banho, principalmente em nosso país, onde o clima na maior parte do ano é de calor intenso. Até a queda do coto a água utilizada deverá ser sempre filtrada e fervida e o bebê não deve ser mergulhado na banheira, evitando o contato da água com o coto umbilical. As mãos de quem dará o banho deverão ser esfregadas com escova e sabão, o

que dispensa a desinfecção com álcool. O nível da água do banho não deverá ultrapassar os 15 cm.

A temperatura do banho deverá ser de 33ºC-36ºC. Antes de banhar o bebê, teste sempre a temperatura da água com o cotovelo ou com o dorso da mão. A duração do banho deverá ser de três a cinco minutos, no máximo. Mantenha o ambiente aquecido, evite correntes de ar, que poderão acarretar a diminuição rápida da temperatura ambiente, que deverá ser mantida mais ou menos fixa. Deve-se segurar a criança com a mão esquerda, colocada no dorso, amparando-se também, com o mesmo braço, a cabeça. A mão direita apoiará as nádegas ao colocar-se a criança na banheira. Atualmente existem equipamentos antiderrapantes para colocar na banheira, o que facilita o banho do bebê.

Uma vez no banho, a mão direita fará a higiene com o sabonete próprio. O sabonete é importante: não deverá ser ácido, mas neutro, uma vez que a pele do recém-nascido é extremamente sensível; o sabonete comum poderá irritá-la.

O banho deverá começar pelo rosto, sendo os olhos lavados inicialmente. Em seguida as mãos, depois os braços, a barriga, as pernas e, por último, os órgãos genitais e o ânus. A criança é enxugada, e não

esfregada, apalpando-a com a toalha cuidadosamente. Evite umidade nas dobras do pescoço, braços e pernas, que poderá macerar a pele, facilitando a infecção.

A banheira portátil deverá estar firme e colocada em altura conveniente, com água morna à temperatura do corpo. Nunca use a pia do banheiro para dar banho!

Os produtos usados para a higiene do bebê deverão ser simples e inócuos, especiais para esta fase do desenvolvimento.

## Higiene da cabeça do recém-nascido

A presença de oleosidade e pedacinhos de pele solta no couro cabeludo nas primeiras semanas de vida do bebê é devida à sua lavagem inadequada. A higiene da cabeça do bebê desde o segundo dia deverá ser feita com fricção. Quando houver crostas de gordura, elas deverão ser amolecidas com uma pequena quantidade de óleo, fazendo-se massagem na região afetada, inclusive com a toalha, ao enxugar, empregando algum vigor, mas sem excesso, podendo ser utilizada uma escova de cerdas macias ou pente fino para ajudar na sua retirada.

## A hora do banho

Esta deverá ser entre as dez horas e o meio-dia, justamente quando a temperatura ambiente é mais constante. Alguns pais preferem o final da tarde, antes do repouso noturno. No primeiro banho verifique se a boca e o nariz do bebê estão desobstruídos, para evitar que algum muco seja aspirado pela criança, dificultando sua respiração. Nunca introduza algodão ou hastes flexíveis nas narinas e nos ouvidos do bebê. O recém-nascido geralmente não gosta de tomar banho. Para ele isto é um aborrecimento, em que ele é despido para o banho, manipulado, virado, apertado (às vezes por pessoas desajeitadas). A diferença de temperatura ao se despir provoca o reflexo chamado de Moro, onde ele atira seus braços e pernas para a frente, se agita e joga a cabeça para trás, arqueando o corpo. Evidentemente ele não se sente confortável.

Em dias muito quentes, podem ser dados dois banhos, evitando o horário noturno.

## Por que os bebês choram durante o banho?

Nem todos os recém-nascidos choram. Aqueles que choram o fazem por desconforto. Quais seriam as prováveis causas do choro?

**a)** A água pode estar muito quente ou muito fria. De acordo com sua sensibilidade, alguns a preferem quente, outros fria, ou mesmo morna. Só o bebê sabe o que mais o conforta.

**b)** A pessoa que dá o banho o pega com violência, apertando-o demais, com medo de deixá-lo cair, ou então faz movimentos rápidos.

**c)** Alguns bebês detestam que lavem ou esfreguem sua cabeça. Se a criança não transpira muito na cabeça, esta poderá ser banhada em dias alternados.

**d)** Eles detestam lavar o rosto e ter água nos olhos.

**e)** Como o banho é dado antes da mamada, o bebê poderá estar com fome ou com sede.

**f)** O uso de xampus poderá provocar ardência nos olhos.

**g)** Pode ser que se trate de um bebê que não aprecia mudanças de lugar.

**h)** Medo de escorregar (o uso de um tapete antiderrapante na banheira é aconselhável).

**i)** Já houve uma experiência anterior com água

entrando pelo nariz.

**j)** Cuidado com a pele, evite arranhões.

**k)** Não use hastes flexíveis para o nariz e principalmente para os ouvidos, que podem empurrar a cera para dentro, podendo machucar os tímpanos.

**l)** Não o deixe sozinho, mesmo com pouca água. A banheira não é um lugar seguro.

**m)** Não utilize talco ou óleo no corpo do bebê.

A educação deverá começar logo na primeira semana de vida. O toque é a linguagem do recém-nascido (a prova disso é que os bebês se aquietam ou param de chorar se você colocar suas mãos na barriga dele ou segurar carinhosamente os seus pés).

O toque é extremamente importante para a formação e o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. Vínculo é a ligação que se estabelece entre a mãe e o bebê desde a sua concepção: esta ligação é física, emocional e espiritual. A qualidade deste primeiro vínculo determinará, em grande parte, a forma como o bebê mais tarde se relacionará com outras pessoas.

O toque por meio da massagem pode facilmente trazer benefícios para o bebê, tornando-o mais carinhoso, expressivo e afetuoso no relacionamento

com as pessoas. Além disso, a massagem reforça o estímulo do crescimento e do apetite, evita a prisão de ventre e facilita a eliminação de gases. Bebês massageados dormem melhor e com mais facilidade. A intenção da massagem é o contato.

## Conselhos para a mãe ter um bom relacionamento com o seu bebê, facilitando sua educação e conquistando seu amor:

**a)** Não o deixe sentir fome.

**b)** O horário não é rígido; pode-se oferecer o peito quando ele reclamar, com transigência de uma, duas ou três horas, oferecendo-o durante a noite, se o bebê chorar.

**c)** Não o deixe com sede (no caso do uso de fórmulas de leite de vaca).

**d)** Evite luz forte.

**e)** Evite ruídos desagradáveis (falar alto, rádio, bater de portas).

**f)** Mude sempre a fralda molhada.

**g)** Evite o frio.

**h)** No caso de ter de dar mamadeira, fazê-lo ao colo, nunca com a criança deitada. Este é o primeiro ato de rejeição da mãe a seu filho, além de predispor a otites.

**i)** Deixe-o dormir quanto e quando quiser, não o incomode se estiver dormindo tranquilo e feliz.

**j)** Após dar de mamar, não o jogue na cama bruscamente; mantenha-o ao colo. Leve-o vagarosamente até o berço, sussurrando palavras gentis.

**k)** Não há melhor forma de manter um bom relacionamento que o ato de amamentar seu filho.

*Os locais para aplicação de injeções nos recém-nascidos diferem dos das crianças de outras idades. As partes laterais das coxas são as preferidas.*

Nunca se esqueça de que o bebê que sofre e é atendido não fica angustiado. Ele adquire confiança na pessoa que o atende e segurança em si mesmo, o que facilita extraordinariamente sua educação e a formação da sua personalidade.

## A POSIÇÃO DO BEBÊ NO BERÇO

O bebê deverá ser deitado de barriga para cima quando houver vigilância (porque há o risco de ele regurgitar ou vomitar, podendo aspirar o líquido, sufocando-se); nunca se deve deitá-lo de barriga para baixo, para evitar os riscos de morte súbita.

Deve-se assegurar que a cabeça do bebê esteja descoberta o tempo todo, sem deixar nenhum objeto solto no berço (como travesseiros, almofadas, pelúcias), o que pode levar o bebê ao sufocamento. Além disso, o bebê deve ser coberto apenas até a altura do peito, evitando que a coberta cubra sua face. Dê preferência durante a noite a roupas que cubram

todo o bebê, sem necessidade do uso adicional de cobertas.

## O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

### Eritema tóxico

A partir do segundo dia (geralmente no próprio segundo dia) surgem na pele da criança lesões cutâneas. Trata-se de pequenas pápulas (elevações eruptivas limitadas da pele, comumente de pequeno tamanho e sem líquido no interior), rodeadas de eritema (vermelhidão) brando. São denominados eritema tóxico e, apesar do nome, são de natureza benigna, desaparecendo espontaneamente dentro de alguns dias.

### Acne neonatal

A acne neonatal (as famosas "espinhas") é um achado comum que afeta 30% dos recém-nascidos. A chamada "acne neonatal" é comum entre a terceira e a quarta semanas de vida da criança e pode durar até

seis meses. Existem bebês que nascem com as "espinhas" e outros as desenvolvem nos primeiros dias de vida.

As lesões são semelhantes às acnes dos adultos, o que às vezes assusta a mãe, que acha que a criança apresenta uma doença de pele grave ou uma reação alérgica. Caracterizam-se por cravos pretos ou brancos, espinhas avermelhadas e, em casos menos comuns, espinhas com pus. A acne neonatal ocorre pela liberação dos hormônios maternos durante a gestação, amamentação e período pós-parto.

São benignas e não necessitam de nenhum tratamento. Os pais não devem se preocupar e elas costumam desaparecer espontaneamente. O uso de óleos e pomadas para bebês não é recomendado; não são eficientes e podem até agravar o caso.

## Constipação intestinal ou diarreia

Cada bebê apresenta um ritmo intestinal próprio. Uns evacuam várias vezes ao dia, normalmente após as mamadas, as fezes geralmente são bem pastosas, esverdeadas, e isso não representa diarreia. Bebês amamentados apenas no peito apresentam menor chance de ter diarreia do que crianças que utilizam

outros tipos de alimentação. A mãe deve pensar que a criança tem diarreia se as fezes estiverem líquidas ou com sangue.

Outros bebês apresentam apenas uma evacuação diária ou, às vezes, ficam mais dias sem evacuar. Crianças amamentadas com leite materno exclusivo podem ficar até de sete a dez dias sem evacuar sem que isso provoque dor ou cólica. Estas crianças aproveitam todo o leite oferecido pela mãe, deixando poucos resíduos para formar as fezes. Algumas mães acham que estas crianças choram mais, porém não é por dor ou cólica, e sim pelo desejo de estar com a mãe.

Crianças alimentadas com fórmulas infantis ou leite de vaca têm mais chances de apresentar constipação e cólica. Nestas crianças, mais de três dias sem evacuar sugere constipação, e elas devem ser avaliadas pelo pediatra; em alguns casos, é necessário mudar a sua forma de alimentação.

## Icterícia fisiológica

Em alguns recém-nascidos a pele torna-se amarelada (icterícia fisiológica) entre o segundo e o terceiro dias, problema que se acentua entre o quarto

e o quinto, começando a regredir no sétimo e desaparecendo, o mais tardar, no 14º dia. O bebê amamentado ao peito poderá ter uma icterícia mais intensa e demorada do que o alimentado com leite de vaca, mas este é um fenômeno normal e sem maiores consequências.

Crianças prematuras ou pequenas têm uma chance maior de apresentar icterícia. Todo bebê ictérico deve ser avaliado pelo seu pediatra porque, embora na maioria das vezes seja benigna, algumas crianças apresentam um icterícia mais acentuada, necessitando tratamento hospitalar, principalmente se houver incompatibilidade sanguínea (mãe Rh negativo e pai Rh positivo, ou mãe de grupo sanguíneo O e pai A ou B). Icterícias que se prolongam por mais de sete dias também devem ser avaliadas.

O tratamento recomendado para icterícia fisiológica é o banho de sol, que deve ser realizado diariamente por quinze minutos se a criança estiver apenas de fralda e sem roupas e por trinta minutos se houver roupas. O banho de sol deve acontecer quando o sol não estiver forte, ou seja, antes das dez da manhã ou após as quatro horas da tarde (atenção para o horário de verão em algumas regiões).

## Conjuntivite

A irritação dos olhos (conjuntivite), a inflamação das conjuntivas no recém-nascido, é frequente. Em alguns casos é provocada pela aplicação do nitrato de prata e em outros por infecção. Está indicada a limpeza com água filtrada e fervida, amornada, com algodão, duas a três vezes por dia, sendo a aplicação de colírios reservada aos casos mais persistentes (quando permanecer por mais de três dias). Pode ser usado soro fisiológico gelado em vez da água fervida ou filtrada. Não deve ser usada água boricada.

## FIQUE LIGADO — DICAS IMPORTANTES — NÃO ESQUEÇA

**1)** O bebê perderá até 10% do seu peso nos primeiros dias de vida, o que será recuperado até o décimo dia.

**2)** O banho poderá ser realizado no primeiro dia se seu bebê nasceu no tempo certo. Use sabonete e xampu especiais para recém-nascido (nunca o mesmo que você usa).

**3)** Não use talco nem óleo!

**4)** Nunca deixe seu bebê de barriga para baixo para dormir, mas sempre com a barriga para cima, lateralizando o rosto para evitar o sufocamento.

**5)** Não deixe de levar seu filho para tomar sol todos os dias de quinze a trinta minutos, antes das dez da manhã ou após as quatro da tarde, principalmente se a pele dele estiver amarelada. Em estados com horário de verão, após as cinco da tarde.

# Capítulo 5

# O quarto dia

# O quarto dia

*O curativo umbilical deve ser feito diariamente, tocando o coto com álcool a 70%.*

**a)** O coto umbilical estará mumificando, ou seja, estará ficando enegrecido, porém deve-se manter a higiene com álcool a 70% a cada troca de fralda.

**b)** O recém-nascido para de perder peso e começa a

se estabilizar.

**c)** A mãe já deve estar com as mamas cheias e com o leite em grande quantidade.

**d)** A mãe deve deixar o recém-nascido em posição vertical após as mamadas por aproximadamente vinte minutos mesmo que o bebê arrote antes, para evitar o regurgitamento (golfar).

**e)** As golfadas passam a ocorrer principalmente nos bebês cujas mães têm muito leite ou amamentam com técnica errada.

**f)** O bebê continuará dormindo bastante, acordando apenas para mamar, ou quando estiver molhado ou evacuar.

**g)** Espirros são comuns.

**h)** Em caso de temperatura axilar maior que 37,8ºC, o pediatra deve ser informado imediatamente.

O recém-nascido também pode ter uma redução de peso, porém começando a se estabilizar, havendo ainda uma pequena perda em relação ao terceiro dia. A mãe não deve pesar os filhos em casa e sim aguardar o peso do pediatra no fim da primeira semana. Se a produção de leite estiver normal e a

criança mamando bastante, não tem por que a mãe ficar preocupada com o peso do recém-nascido. Se a amamentação não estiver adequada e a mãe achar que o bebê continua a perder bastante peso, ela deve procurar imediatamente o pediatra que a está acompanhando. Este momento é crucial para a manutenção da amamentação.

O curativo umbilical deve ser mantido, diariamente, a cada troca de fralda, com álcool a 70%. O coto umbilical deverá estar parcialmente seco, mumificado, ficando cada vez mais enegrecido. Em sua base será possível perceber uma cor amarelada, lembrando até pus, o que é normal. Vale a pena lembrar que o coto umbilical deve cair naturalmente, sem ser cortado ou arrancado, o que pode ferir o bebê.

A criança poderá chorar quando sentir fome, sede, calor ou frio. Às vezes as assaduras poderão provocar dor. O "sapinho" intenso na boca, impedindo o bebê de sugar, também é causa de choro. As cólicas são ainda pouco frequentes.

O banho deve ser dado diariamente, tomando-se cuidado para não molhar o coto umbilical. O vestuário continuará consistindo de fraldas e camisas de pagão, e, dependendo do clima, o bebê deverá

usar mais roupa. A criança movimenta-se com maior frequência, permanecendo acordada sem chorar e dormindo quase o dia todo, exceto quando está mamando. As fezes dos bebês alimentados ao peito são mais moles, mas não costumam "assar" a criança, como acontece com a alimentação artificial. Os gases ainda não são frequentes.

Continua a descamação da pele, como se o bebê estivesse mudando de pele. Ela pode ser muito intensa, chegando a impressionar, depositando-se em grande quantidade no lençol. Espirrar é uma defesa; é assim que a criança se liberta das secreções que, por acaso, tenha inalado durante a hora do parto.

Em caso de febre, ou seja, temperatura maior que 37,8ºC, o pediatra deve ser consultado imediatamente.

Em algumas circunstâncias, como relatado no capítulo 2, a mãe não pode realizar a amamentação temporária ou definitivamente, devendo fazer uso da alimentação artificial. Vale ressaltar que não deve existir alimentação cruzada, ou seja, as antigas "mães de leite" realizando a amamentação. Além disso, a alimentação artificial deve ser um último recurso, e sua indicação deve ser orientada pelo pediatra.

# A ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

O pediatra deverá insistir para que a mãe alimente seu filho com o próprio leite. O leite da mãe é, sem dúvida, o alimento perfeito para a criança nos primeiros seis meses de vida. A alimentação artificial deve ser prescrita apenas em alguns casos específicos, e todas as mães devem saber que o melhor alimento é o seu leite, e que a alimentação artificial é apenas uma alternativa.

Deve ser evitado ao máximo dar mamadeira com leite artificial nos primeiros seis meses de vida. Quando isso acontece na primeira semana, aumentam os riscos de predispor o bebê a futuros e frequentes resfriados, eczemas, urticárias, inapetência, diarreias, prisão de ventre, falta de sono e refluxos.

## Modo de preparo

Diferentemente do aleitamento materno, a alimentação artificial requer diversos cuidados essenciais para evitar erros no preparo. Estes erros podem levar a problemas leves ou até mesmo graves em seu bebê. A colocação de quantidade inadequada

de leite pode levar ao baixo peso, hipoglicemia e carência de substâncias essenciais para o crescimento e desenvolvimento adequado do seu filho, ou a grande quantidade de pó adicionada pode levar a problemas renais, ao sobrepeso ou ao refluxo gastroesofágico. Outra medida importante que a mãe deve adotar é com relação à higiene.

Lave as mãos, a mamadeira, o bico e o anel até remover todos os resíduos de fórmula. Ferva os utensílios durante cinco minutos. Conserve-os tampados até o momento de usá-los. Atualmente existem esterilizadores de mamadeiras dos quais você pode fazer uso; uns usam água quente, outros o micro-ondas. Não se deve usar panos de prato para secar as mãos, pois os mesmos são usados em outros produtos que não os do bebê. A mãe deve secar as mãos com um pano específico e após o uso este deve ser lavado.

A pessoa encarregada de preparar o alimento deverá ter suas mãos bem lavadas e unhas escovadas, não se pentear, falar ou espirrar sobre a panela. O uso de máscaras, apesar de não ser essencial, poderá ser útil em situações específicas, por exemplo, se o preparador estiver apresentando qualquer doença, como resfriado ou diarreia.

Ferva a água potável durante cinco minutos e deixe resfriar por cerca de quinze minutos até atingir a temperatura de 70ºC. O uso de água e mamadeiras não fervidas pode provocar doenças no lactente, principalmente diarreia. Caso não se disponha dos esterilizadores específicos, as mamadeiras deverão ser esterilizadas com água em banho-maria ou deve-se jogar água fervendo sobre as mamadeiras e em seu interior.

Coloque na mamadeira esterilizada a quantidade exata de água morna previamente fervida. Sempre utilize a colher-medida contida na embalagem que virá com o leite comprado. Encha a colher-medida e nivele-a com o auxílio de uma faca limpa e seca. A quantidade de água para elaboração da mamadeira será indicada pelo pediatra e irá variar de acordo com a idade, peso do recém-nascido e sua capacidade gástrica. A quantidade necessária de leite será estipulada pelo pediatra ou indicada na posologia do leite comprado, e está relacionada com a quantidade de água usada. Na maioria dos leites é utilizada uma medida de leite para 30ml de água, porém esta medida pode variar de marca para marca ou de acordo com o objetivo do pediatra.

Feche a mamadeira e agite-a até que o pó se

dissolva completamente. Mexa ou agite a fórmula antes de oferecê-la ao lactente. O consumo do leite deve ser imediato após o preparo. Quando necessário o preparo do produto com antecedência, este deve ser mantido sob refrigeração a uma temperatura menor que 5ºC, por no máximo 24 horas. Sobras de leite já preparado não deverão ser utilizadas e sim descartadas.

## A mamadeira

A mamadeira mais indicada é aquela a que a mãe e o bebê melhor se adaptam, desde que permita uma higiene bem-feita. A mamadeira, uma vez usada, deverá ser preenchida com água fria para evitar que grumos de leite fiquem presos à sua parte interna. Trinta minutos depois, ou então na hora de preparar outra refeição, deverá ser lavada com água quente, detergente neutro e escova, para em seguida ser mergulhada dentro de uma panela para se processar a fervura.

As mamadeiras deverão ser de plástico resistente à fervura, transparentes, que não quebrem e que permitam observar as condições naturais do leite. As marcas de boa qualidade são feitas de material que

não altera o cheiro e a composição do leite, podendo ser fervidas sem haver qualquer problema.

## A higiene da mamadeira

Ferva-a por cinco minutos em panela tampada, depois deixe-a esfriar, escoando a água com a tampa entreaberta. Mantenha-a na panela vazia tampada até a hora de usá-la.

Nunca dê a mamadeira com o bebê deitado; é perigoso, pois pode provocar otite, devido à penetração do leite nos canais internos do ouvido (trompa de Eustáquio), que se comunicam com a faringe (garganta); ela está normalmente fechada, mas se abre quando a criança engole. O bebê que regurgita, quando já deitado uma a duas horas após ter mamado, também corre o mesmo risco; esta é a razão de alguns casos de otite em bebês que nunca estiveram resfriados.

A temperatura da mamadeira deverá ser a mesma do corpo. Alguns bebês, entretanto, a preferem mais quente ou mais fria.

A melhor posição para dar a mamadeira é colocando o bebê quase na vertical e só deitá-lo vinte minutos depois de ele ter terminado. A prática de

colocá-lo no bebê-conforto por trinta a quarenta minutos é conveniente. Depois de alimentado passe no rosto do bebê uma toalhinha úmida. Faça também a higiene da boca do bebê.

## Bico de mamadeira

O mais indicado é aquele a que a criança se adapta melhor. Para o bebê com até quatro meses de idade, estão indicados os bicos curtos, para não provocar engasgos. Depois dos quatro meses, os bicos deverão ser compridos. Esterilize sempre os bicos em água fervente durante quinze minutos, quando em uso. Ferva-os por cinco minutos, em seguida deixe-os esfriar por três minutos.

O bico se desgasta com fervuras repetidas, reduzindo o tamanho do orifício, assim como com a acidez da saliva do bebê e com a fermentação dos componentes do leite. Os bicos, uma vez usados, deverão ser mergulhados e apertados para espirrar água através do buraco, a fim de evitar entupimentos. Bicos anatômicos são sempre os mais indicados. Não se deve aumentar o tamanho do bico porque isso pode provocar engasgos no recém-nascido.

## Que tipo de leite o bebê deve tomar?

A decisão de indicar suplementação do leite materno, ou substituição deste por outro tipo de leite, só pode ser tomada pelo pediatra. É necessária uma avaliação criteriosa, não apenas no que diz respeito à real necessidade de suplementar ou substituir o peito, como também na escolha do leite em pó ou líquido a ser ministrado à criança.

Diante dos progressos na técnica de preparo dos leites industrializados e da facilidade de fazê-lo, vem se generalizando o perigoso hábito de, sem maior análise, iniciar a alimentação artificial sem se ouvir o pediatra. Muitas vezes, quando vamos examinar o recém-nascido no berçário ou em casa, já o encontramos tomando determinado leite em pó por indicação de profissionais não habilitados ou de um parente mais aflito. Na grande maioria das vezes esta prescrição é inoportuna e prejudicial.

Cada leite em pó apresenta uma determinada composição e vários elementos têm de ser considerados para que a escolha recaia neste ou naquele tipo de leite. Além do mais, em muitas ocasiões não há sequer motivo para recomendá-lo. Acredita-se que a alimentação artificial precoce ainda

no primeiro mês de vida seja uma das grandes causas de diversas manifestações alérgico-respiratórias, do aparelho digestivo ou dermatológicas que o bebê apresenta frequentemente. Porém, no caso de se administrar ao bebê alimentação artificial, convém que o pediatra indique o tipo de leite em pó ou líquido. De acordo com as tendências do recém-nascido e do bebê crescido, há diferentes manifestações clínicas, como prisão de ventre, diarreia, vômitos, falta de apetite, digestão demorada, agitação e falta de sono.

## AS FÓRMULAS INFANTIS

Na ausência do leite materno, de preferência após os seis meses, ou no caso de emergência pela sua falta (decorrente de doença da mãe, morte ou impedimento), deverão ser usadas as chamadas fórmulas infantis. O leite de vaca *in natura* está amplamente contraindicado e não deverá ser usado.

As fórmulas infantis são produzidas tentando minimizar as diferenças entre o leite materno e alimento artificial. Elas possuem quantidades mais

balanceadas de proteínas, gorduras e sais minerais do que o leite de vaca e mais próximo do leite materno. Porém ainda possuem inúmeras desvantagens, como não apresentar anticorpos e quantidades de proteína adequadas; além disso, sua absorção no intestino é diferente na comparação com os sais produzidos no leite materno.

Existem inúmeras fórmulas infantis de diferentes marcas e com diferentes objetivos e preços. Existem as fórmulas infantis para prematuros, as consideradas de partida (para menores de seis meses) e as sequenciais (utilizadas após os seis meses de idade). Além disso, as fórmulas infantis apresentam diferentes composições para crianças com alergia à proteína do leite de vaca, refluxo gastresofágico, entre outros problemas. A prescrição da melhor fórmula será realizada pelo pediatra com uma total avaliação do bebê.

A seguir listaremos as principais fórmulas infantis utilizadas atualmente e sua principal composição e indicação. Porém seu uso deve ser informado e indicado pelo pediatra.

## Prematuros

Pré-Nan — Fórmula infantil para o recém-nascido prematuro. Terapia nutricional para o recém-nascido prematuro com maior quantidade de energia necessária ao rápido crescimento e proteína do soro de leite, proporcionando ótima digestão e adequado perfil de aminoácidos

FM-85 — Fórmula de nutrientes para recém-nascidos de alto risco para ser acrescida ao leite materno. Uso hospitalar.

Aptamil Pré — Fórmula infantil para a alimentação de prematuros e/ou recém-nascidos de baixo peso.

## Até 6 meses de vida

Nan 1 Pro — A fórmula infantil que estimula as defesas naturais do lactente através das proteínas otimizadas que apresentam perfil proteico mais próximo do leite materno (padrão de referência). Essa formulação especial contribui reduz o risco de obesidade no futuro. Os nucleotídeos contribuem para o adequado funcionamento do sistema imunológico. Pode ser o leite de escolha para mães com dificuldade de amamentar ou com impossibilidade para o mesmo.

Nan 1 Comfort — Semelhante ao Nan 1 Pro, porém com concentração segura de prebióticos (4g/L) que são fibras solúveis que proporcionam fezes mais macias e aumento do número de evacuações com menor risco de diarreia. Pode ser o leite de escolha para bebês em uso de leite artificial com "prisão de ventre".

Nestogeno 1 — Nutrição balanceada e acessível com nutrientes fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do lactente, evitando a ocorrência de carências nutricionais. Apresenta menores benefícios do que os leites acima porém apresenta um custo mais acessível.

Aptamil 1 — Fórmula de partida para a alimentação de lactentes desde o nascimento até os seis meses de vida.

Milupa 1 — Assim como o Nestogeno 1, apresenta um nutrição balanceada, porém com menos benefícios, com um preço mais acessível.

## A partir dos seis meses de vida

Nan 2 Pro — Fórmula infantil que estimula as defesas naturais do lactente. Os probióticos presentes

em Nan Pro 2 prolongam a presença de uma microbiota intestinal protetora, estimulam beneficamente o sistema imunológico e reduzem a incidência de diarreia.

Nan 2 Comfort — Indicada para lactentes a partir do sexto mês, podendo ser utilizada até 36 meses. Semelhante ao Nan 2 Pro, porém com concentração segura de prebióticos (4g/L), que são fibras solúveis que proporcionam fezes mais macias e aumento do número de evacuações com menor risco de diarreia. Pode ser o leite de escolha para bebês em uso de leite artificial com "prisão de ventre".

Nan Comfort 3 — Indicada para lactentes a partir de dez meses. A melhor e mais segura opção de fórmula infantil com prebióticos que proporcionam fezes mais macias e aumento do número de evacuações com menor risco de diarreia. Apresenta menor quantidade de gordura saturada, contribuindo com a redução de risco de doenças cardiovasculares no futuro.

Nestogeno 2 — Indicada para lactentes a partir do sexto mês, podendo ser utilizada até os 36 meses. Nutrição balanceada e acessível com nutrientes fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do lactente, evitando a

ocorrência de carências nutricionais.

Aptamil 2 — Fórmula de seguimento para a alimentação de lactentes a partir dos seis meses de vida.

Milupa 2 — Assim como o Nestogeno 2, apresenta um nutrição balanceada, porém com menos benefícios com um preço mais acessível.

Aptamil 3 — Fórmula infantil láctea especialmente adicionada com prebióticos, além de ferro, vitamina C e DHA. Fornece nutrientes em quantidades adequadas para lactentes a partir do décimo mês de vida.

## Fórmulas especiais

Nan HA — Fórmula infantil à base de proteína de soro de leite parcialmente hidrolisada. Indicada para pacientes com forte história familiar de alergia ao leite. Redução do risco de dermatite atópica. Tem 100% de proteínas do soro de leite parcialmente hidrolisadas, contribuindo para a promoção de melhor tolerância.

Aptamil Active — Fórmula infantil para a alimentação de lactentes com cólica e constipação,

desde o nascimento.

Aptamil HA — Fórmula infantil para a alimentação de lactentes com histórico familiar de alergia, antes mesmo de os sinais e sintomas aparecerem. Utilizado para a prevenção de alergias alimentares.

Nan AR — Fórmula infantil espessada com amido pré-gelatinizado. Indicado para bebês com diagnóstico de refluxo gastroesofágico. Única fórmula infantil com 95% de eficácia comprovada por estudo brasileiro na redução dos sinais e sintomas do refluxo fisiológico. É espessada com amido pré-gelatinizado, proporcionando viscosidade adequada na mamadeira e espessamento no lugar certo, ou seja, no estômago do bebê.

Aptamil AR — Fórmula para a alimentação de lactentes com regurgitação e/ou refluxo gastroesofágico, desde o nascimento.

Nan sem lactose — Fórmula infantil isenta de lactose. Segurança nutricional para o lactente com intolerância à lactose. Contribui para a melhora da diarreia e auxilia na recuperação do ganho de peso.

Aptamil sem lactose — Fórmula infantil para a alimentação de lactentes com intolerância à lactose

e/ou diarreia, desde o nascimento.

Althera — Fórmula infantil à base de proteína do soro do leite extensamente hidrolisada com lactose. Usada em pacientes com alergia à proteína do leite de vaca e soja.

Alfare — Fórmula infantil à base de proteína do soro do leite extensamente hidrolisada sem lactose. Eficaz para o tratamento nutricional da alergia ao leite de vaca, com manifestações do trato gastrointestinal (presença de diarreia e má absorção).

Aptamil Pepti — Fórmula infantil hipoalergênica com proteína extensamente hidrolisada e lactose para a alimentação de lactentes que apresentam alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja, sem quadro diarreico, desde o nascimento.

Pregomim Pepti — Fórmula hipoalergênica com proteína extensamente hidrolisada para a alimentação de lactentes e crianças que apresentam alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja e má absorção, desde o nascimento.

Nan Soy — Fórmula infantil à base de proteína isolada de soja. Eficaz para o tratamento nutricional da alergia ao leite de vaca sem manifestações intestinais e em pacientes acima de seis meses.

Aptamil soja — Fórmula infantil para a alimentação de lactentes a partir dos seis meses de vida, em situações nas quais for indicado retirar o leite de vaca da dieta.

## LEITE DE VACA

O leite de vaca deve ser evitado em todas as hipóteses para crianças menores de um ano de idade, principalmente em menores de seis meses. Se a mãe não puder amamentar, a fórmula infantil será a melhor opção por ser produzida de modo a tentar minimizar as diferenças de nutrientes para o leite materno.

O leite de vaca apresenta uma quantidade muito grande de proteína e gordura, que leva a uma sobrecarga renal e intestinal. Além disso, não possui anticorpos e várias vitaminas essenciais para o crescimento do seu bebê. Apesar de possuir ferro em sua composição, ele não é absorvido de forma eficiente pelo bebê, levando a uma séria anemia.

Além de anemia, o leite de vaca leva à falta de outras vitaminas, pode acarretar diarreia com micro-

hemorragia intestinal, alergia alimentar e obesidade infantil.

*Leite materno exclusivo, o alimento ideal nos primeiros seis meses de vida.*

## OUTROS TIPOS DE LEITE

### O leite de cabra

O leite de cabra, assim como o leite de vaca, está

contraindicado para menores de um ano. Como o leite de vaca, sua composição possui muita proteína e gordura e baixa concentração de ferro e vitaminas. Além disso, o leite de cabra apresenta baixa concentração de ácido fólico, que é um dos componentes essenciais para formação dos glóbulos vermelhos do sangue, levando a um tipo de anemia grave chamada anemia megaloblástica.

### O leite de soja

O leite de soja é administrado em crianças que apresentam alergia ao leite de vaca. Existem leites de soja que são extratos de leite de soja, mais indicados para crianças maiores de um ano, e os leite de soja produzidos como fórmulas infantis, que podem ser indicados desde o nascimento pelo pediatra em situações especiais.

## A ALIMENTAÇÃO MISTA

A alimentação mista ocorre quando o bebê é alimentado simultaneamente com o leite materno e

com o industrializado (fórmulas infantis). Se em alguns raríssimos casos, apesar de a mãe ter leite, não o tiver em quantidade suficiente para suprir as necessidades alimentares do bebê, e o volume de cada mamada não corresponder à cota que a criança requer, poderá ser necessário completar a mamada com alimento artificial em mamadeira. Tendo sempre o cuidado de nunca desprezar o peito, pelo mínimo de leite que possa ter, pois deve-se procurar sempre, por todos os meios, estimular a secreção da glândula mamária.

Geralmente o estabelecimento da alimentação mista é o início da alimentação artificial exclusiva, pois é a maior causa de desmame precoce. Ela só deve ser indicada em casos específicos e com orientação do médico que está acompanhando o bebê. A alimentação mista é preferível à alimentação artificial exclusiva e deve ser sempre realizada com fórmulas infantis, nunca com leite de vaca.

A amamentação deve ser sempre a prioridade, por isso deve ser oferecida em primeiro lugar. Assim, a mãe deve oferecer ambas as mamas e, depois disso, se necessário, e com orientação do pediatra fazer a complementação com a fórmula infantil. O volume deverá ser avaliado pelo médico e pela indicação da

complementação. Geralmente se indica nos primeiros dias uma complementação com cerca de 30ml a 60ml de fórmulas infantis, de acordo com a aceitação da criança.

## O BANHO DE SOL

O bebê recebe da mãe pelo leite materno a vitamina D, que fica inativa no organismo do pequeno. Para que essa vitamina seja ativada e proporcione a absorção do cálcio, o bebê precisa tomar banho de sol. São os raios solares que transformam a vitamina D inativa em ativa, garantindo uma melhor abosorção de cálcio, fundamental para o desenvolvimento e crescimento dos ossos. Portanto, o banho de sol deve ser diário, ou ocorrer pelo menos três vezes na semana.

O banho de sol deve ser iniciado nos primeiros dias de vida e persistir até pelo menos três meses. Entre outras coisas, ele diminui/evita a icterícia fisiológica (explicada no capítulo anterior). O sol tem que ser aquele da manhã, até às dez horas, ou o da tardezinha, depois das quatro horas. Os raios solares

entre dez da manhã e quatro da tarde são muito fortes e prejudiciais ao bebê. Durante o horário de verão, seu bebê poderá ser exposto ao sol até as onze da manhã e após as cinco da tarde.

A melhor maneira de exposição é com o bebê apenas de fralda ou com roupas leves. Se o bebê estiver apenas com fralda, poderá ser exposto apenas por quinze minutos; se tiver com roupas mesmo que leves deverá permanecer por trinta minutos. Mesmo que esteja nublado seu filho pode ser exposto ao mormaço pelo mesmo tempo citado anteriormente. Não deve existir nenhuma barreira entre o sol e o bebê, como janelas.

A inadequada exposição aos raios solares pode causar raquitismo na criança, doença do tecido ósseo que ocorre durante a fase de crescimento, caracterizada pela falta de cálcio no osso por deficiência de vitamina D ativa.

A exposição ao sol com cuidado e proteção é essencial para o desenvolvimento e crescimento saudável do seu bebê. É importante ressaltar que não se deve passar protetor solar em bebês de até seis meses de idade, pois a pele desses pequenos ainda é muito fina e sensível, podendo sofrer irritação e alergia.

# O PRIMEIRO PASSEIO DO BEBÊ

Uma das maiores dúvidas dos pais e familiares é quando se pode sair com o seu bebê recém-nascido. Desde o primeiro dia, na maternidade, os pais recebem visitas de seus familiares. Como já relatado nos capítulos anteriores, devem observar se todos os visitantes lavaram as mãos antes de entrar em contato com o ambiente do recém-nascido.

Os banhos de sol são os primeiros passeios que o bebê irá fazer e devem durar até trinta minutos. Não existe um dia ou uma data exata para que o recém-nascido possa sair para passear.

É preciso lembrar que a primeira semana de vida é um período importante de adaptação, onde o contato com o ambiente extrauterino deverá proporcionar segurança e paz ao recém-nascido. Neste período o bebê não se adapta facilmente ao ambiente mais barulhento nem com muita iluminação. Saídas não são contraindicadas, porém nunca se deve ir para ambiente fechados com uma grande quantidade de pessoas, como shoppings e lojas.

Nas semanas seguintes, a criança começa a se adaptar à rotina da família, ao barulho e à iluminação. Neste período ficará mais fácil sair para passeios.

Porém ainda não é aconselhável frequentar ambientes fechados com grande quantidade de pessoas por um período longo de tempo, sendo esse tipo de saída melhor tolerado após os dois meses de idade.

## Dicas

**a)** Na preparação da bolsa do bebê não poderão faltar fraldas descartáveis (sempre contar uma fralda por hora quando estiver fora), lenços umedecidos, roupas extras (pelo menos duas peças); levar sempre um casaco, mantas, assim como roupas leves. Se a criança fizer uso de alimentação artificial deve-se levar uma mamadeira a mais do que o necessário para o período.

**b)** Se o recém-nascido ainda apresentar coto umbilical, isso não será impedimento para passeios. Porém o coto deve estar sempre coberto com roupas, para evitar contaminação do local e traumas.

**c)** Se o ambiente estiver muito quente, a mãe deve oferecer o peito com maior frequência, já que o recém-nascido irá suar mais e perder mais líquido.

## Candidose oral (Candidíase ou "sapinho")

O sapinho (candidose oral) pode aparecer nos primeiros dias de vida do bebê. Caracteriza-se por um pontilhado branco, semelhante a grumos de leite coalhado. Às vezes surgem poucos, outras vezes em maior quantidade. Localizam-se na língua e na parte interna das bochechas. São dolorosos, o que geralmente deixa o bebê mais choroso. São produzidos pelo fungo *Candida albicans* e mais frequentes no primeiro mês, devido à escassez de saliva nesta época, o que causa ressecamento da mucosa e aumento da acidez na boca.

O tratamento é simples, mas o médico deverá ser consultado. Será realizado com nistatina. A mãe que está amamentando deverá passar a medicação no bico do peito e evitar que este fique úmido, para evitar recontaminação da boca do recém-nascido.

## Granuloma umbilical

Alguns cuidadores apresentam dificuldade para realizar a limpeza do coto umbilical por medo de machucar o bebê e causar dor, entretanto os cuidadores podem ficar tranquilos: o coto umbilical, que nada mais é que o pedaço do cordão que ainda ficou no nenê, não tem terminações nervosas e por isso não dói quando a mãe mexe.

Os cuidados com o coto umbilical, como já descrito, devem ser feitos após o banho e em cada troca de fralda com o álcool a 70%, desde o primeiro dia até dez dias após a queda do cordão umbilical. A região deve permanecer seca para agilizar a cicatrização e limpa para evitar infecção.

Geralmente, o coto umbilical leva de sete a quinze dias para "cair", sendo que a higiene adequada agiliza o processo. Inicialmente o coto é gelatinoso e amarelado, secando e ficando enegrecido com o tempo até sua queda. Um pequeno sangramento às vezes é normal. O bebê não chora de dor, chora pelo incômodo do frio do álcool.

Não é aconselhado utilizar faixas, cinteiros ou qualquer outra peça de roupa que impeça o arejamento natural da região. Faça uma dobra na fralda, embaixo do coto umbilical.

Um dos problemas encontrados de quatro a oito

dias após a queda do coto umbilical é o aparecimento de uma massa de tecido granulomatosa, com crostas persistentes, por incapacidade de o epitélio umbilical crescer sobre o coto do umbigo.

O granuloma apresenta-se com aspecto vegetante, friável, facilmente sangrante e com superfície úmida. O tratamento utilizado é a cauterização diária com nitrato de prata em bastão até o desaparecimento do granuloma, o que acontece após cerca de oito aplicações. São destacados os seguintes cuidados na aplicação do nitrato de prata: utilizar luvas durante o procedimento e aplicar a substância diretamente no granuloma, evitando o contato com a pele do recém-nascido e queimaduras.

## A alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

É uma reação alérgica às proteínas presentes no leite de vaca (geralmente as proteínas envolvidas na alergia são a caseína, a lactoalbumina e a betaglobulina) ou em seus derivados. Essa reação ocorre porque, assim que os bebês nascem, seu intestino ainda está imaturo e a ingestão dessas proteínas pode iniciar um processo de inflamação no

aparelho digestivo, como se o intestino não estivesse preparado para a ingestão daquelas substâncias estranhas e criasse anticorpos contra elas. A alergia ao leite de vaca atinge cerca de 5% dos bebês e crianças com menos de três anos, já os adultos raramente têm a doença.

Pelos motivos já relatados, a ingestão cada vez mais precoce de leite de vaca *in natura* ou fórmulas infantis pode desencadear uma resposta precoce das proteínas, levando à alergia. Algumas crianças amamentadas com leite materno podem desenvolver a alergia, porém isso ocorre mais raramente em comparação com os recém-nascidos alimentados com fórmulas infantis ou leite de vaca *in natura*.

Os sinais e sintomas podem variar e são divididos em gastrointestinais e sistêmicos. Os recém-nascidos podem apresentar vômitos, cólicas, diarreia, dor abdominal, prisão de ventre, presença de sangue nas fezes, dermatites (vermelhidão na pele, descamação, pequenas bolhas e "pele grossa"), problemas respiratórios (asma, chiado no peito e rinite) e emagrecimento. Esses sintomas pode ocorrer em minutos, horas ou dias após a ingestão de leite de vaca ou derivados, de forma persistente ou repetitiva. Mais raramente podem ser verificados casos leves de

urticárias (que são as lesões avermelhadas na pele espalhadas pelo corpo, geralmente elevadas) e até reacões anafiláticas (as conhecidas pelo edema de glote).

O diagnóstico é realizado pelo pediatra ou alergista por meio da observação dos sinais e sintomas e alguns testes diagnósticos. O médico pode solicitar exames de sangue que medem a reação alérgica às principais proteínas do leite, porém os testes podem ser negativos e a criança apresentar a doença. O teste confirmatório é a exclusão de leites e derivados por um período de tempo superior a quatro semanas e observação.

O tratamento será avaliado pelo médico. Se a criança estiver em aleitamento materno exclusivo, este deverá ser mantido, entretanto a mãe deverá fazer dieta de exclusão de leite e derivados. Se a criança estiver em uso de fórmulas infantis ou leite de vaca, estes deverão ser substituídos. Existem hoje no mercado algumas fórmulas infantis para este tratamento, como o leite sem lactose e as fórmulas infantis à base de soja. Outras alternativas passam por leites especiais que apresentam as proteínas do leite de vaca já quebradas. Lembramos que a melhor escolha para o seu filho será avaliada pelo médico.

Vale ressaltar que a alergia pode ser um período de transição. Algumas crianças reexpostas à proteína aos três anos não apresentam mais alergia. Em 90% dos casos, as crianças que apresentam alergia ao leite de vaca não irão apresentá-la na fase adulta.

## FIQUE LIGADO — DICAS IMPORTANTES — NÃO ESQUEÇA

**1)** O melhor e mais completo alimento para seu filho é o leite materno. Em caso de dúvidas e angústias procure seu médico antes de iniciar qualquer outro tipo de alimentação.

**2)** As fórmulas infantis são as alternativas para mães com dificuldade de amamentar. O leite de vaca *in natura* ou em pó, não sendo as fórmulas especiais para crianças, estão contraindicados até um ano de idade.

**3)** O leite de cabra também está contraindicado para menores de um ano.

**4)** Seu bebê pode realizar pequenos passeios, porém deve ser mantido longe de ambientes fechados com grande número de pessoas, como shoppings, lojas e

festas.

# Capítulo 6

# O quinto dia

# O quinto dia

*No quinto dia, a maioria dos bebês não mais se encontra no hospital. Com exceção dos bebês prematuros ou de casos complicados, mãe e filho já estarão em casa.*

Foto: Vanessa Somellera

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**A)** No quinto dia, a maioria dos bebês não mais se encontra no hospital; com exceção dos bebês prematuros ou de casos complicados, mãe e filho já estarão em casa.

**b)** O curativo deverá continuar sendo feito, tocando-se o coto umbilical com álcool a 70%, especialmente na sua base. No quinto dia o coto umbilical estará quase totalmente seco.

**c)** Nos dias quentes, caso esteja sob alimentação artificial, ofereça ao bebê de 20ml a 30ml de água para evitar a desidratação.

**d)** As fezes adquirem o aspecto normal, amareladas, com alguns grumos esbranquiçados. Na alimentação ao peito, poderão ser levemente aquosas, mas sem assar o bebê. Às vezes ele permanecerá por mais de 24 horas sem evacuar, outras vezes mamará e logo evacuará. Isto se chama reflexo gastrocólico e é normal.

**e)** A urina, frequentemente bem clara, continuará a ser eliminada várias vezes ao dia.

**f)** O choro poderá sugerir fome, frio, sede, calor ou sono.

**g)** Geralmente, a criança normal continuará dormindo a maior parte do dia e da noite, só

despertando para mamar.

**h)** É comum, após as mamadas, o bebê arrotar, eliminando um pouco de leite coalhado (regurgitação ou golfada); depois disso, é frequente o soluço.

O quarto e o quinto dias são quando o recém-nascido desperta para a sucção, e se tornará um excelente "beberrão" do leite materno. Ele começa a manter seu peso, estabilizando-se. Nesse momento, poderá ter perdido de 8% a 10% do seu peso inicial.

No quinto dia, normalmente o bebê já inicia seu ganho de peso e já apresenta os seguintes movimentos motores: 1) joga os braços, chora e se contorce; 2) vira a cabeça de um lado para o outro; 3) de bruços, fica como um sapo ou se encolhe; 4) fica de mãos fechadas; 5) tem o reflexo da deglutição; 6) no banho, apoiando o peito, ele faz movimentos de natação.

Reflexo tônico cervical: alguns recém-nascidos mantêm a cabeça sempre virada para o mesmo lado. Quando os forçamos a se virar para o outro lado, choram e sentem-se desconfortáveis. A consequência é a cabeça ficar achatada do lado em que fica deitada. Entretanto, logo que o bebê começar a crescer, a

cabeça voltará ao normal. Geralmente só após os três meses é que o bebê permanecerá com o rosto voltado para cima. Em condições normais, ele movimenta-se até então para os lados. Deve-se distinguir a situação descrita, que é normal, da contratura dos músculos do pescoço, por torcicolo ou hemorragia do músculo esternocleidomastoideo

## OS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

### O paladar do recém-nascido

Está provado que este sentido está presente desde o primeiro dia de vida do bebê. Não há dúvida de que ele prefere o alimento doce ao amargo, pois suga mais depressa uma solução adocicada do que uma acidificada ou amarga, e às vezes até a cospe.

### A visão do bebê

Está provado que o recém-nascido possui uma visão clara. Esta é uma das mais sensacionais descobertas no estudo do recém-nascido. Admite-se

que ele consegue enxergar um objeto ou alguém a 15cm ou 20cm de distância. Testes cuidadosamente realizados provaram que ele procura enxergar um objeto amarelo ou vermelho colocado a 20cm de seus olhos, a sua face se ilumina, ele mantém o corpo quieto e procura seguir o objeto, virando vagarosamente a cabeça. Os pediatras não levam a sério quando algumas mães afirmam que o seu filho olha para elas quando o seguram.

O teste do reflexo vermelho, um teste de triagem, se tornará obrigatório e deve ser realizado pelo pediatra antes da alta da maternidade. Consiste em transluminar os olhos do bebê, usando um oftalmoscópio, para observar o reflexo vermelho da retina pela presença dos vasos retinianos. A ausência do reflexo vermelho ou opacidade dos olhos vai revelar a presença de catarata congênita, glaucoma congênito ou tumores como o retinoplastoma, que requerem intervenção imediata e tratamento específico.

## A audição do bebê

Os bebês já nascem escutando. Desde o quinto mês de gravidez, o feto responde a sons de vários

tipos. Os pesquisadores acreditam que a gestante que pratica música continuamente durante a gravidez, por algumas horas diárias, predispõe seu filho a uma natural sensibilidade ao ritmo. O bebê, em resposta a um ruído forte, se atira para trás e sua respiração se acelera.

Também prefere alguns sons a outros; algumas mães observaram que a música suave ou a voz humana, sussurrada, acalma o seu bebê desde a primeira semana de vida. Está provado através do eletroencefalograma que a luz forte e o barulho agridem o bebê.

Atualmente já se encontra disponível em alguns países e também no Brasil o teste para pesquisa de surdez congênita ("teste da orelhinha"), que procura detectar precocemente crianças com déficits de audição. Este exame deverá ser realizado em todo bebê até os três meses de vida. A pesquisa da audição é difícil no recém-nascido e a interpretação do teste pode levar a falsos resultados e a falsos diagnósticos de surdez.

Todavia, este teste já é obrigatório no Brasil e somente pesquisa a presença de surdez condutiva (maformação do canal auditivo etc.), e não neurológica. No caso de bebês que não passem no

teste, o exame deve ser repetido com três meses de vida para confirmar ou não o primeiro teste auditivo. Caso o exame persista alterado, o bebê deverá realizar a audiometria de tronco cerebral (BERA) para confirmar ou não o diagnóstico. De qualquer forma, toda criança, independentemente do resultado da triagem auditiva, deverá realizar a audiometria na idade escolar.

## O olfato do bebê

Ao nascer o bebê tem o olfato completamente desenvolvido e, portanto, sente o odor desagradável ou não. Esta questão, contudo, tem sido negligenciada. Não use desinfetantes fortes em casa, para não agredi-lo. Não use perfumes no recém-nascido. Cuidado com os inseticidas, todos são tóxicos e fazem mal ao bebê. Evite o uso de talco, pelo perigo de aspiração e alergia respiratória.

# OS GÊMEOS

*Gêmeos devem usar roupas diferentes.*

Seguramente, gêmeos dão trabalho dobrado, e quando são os primeiros filhos deixam a mãe atribulada. Eles nunca estão separados, nem à mesa, nem no banho, nem nos passeios. Em todas as experiências, um assiste e participa da vida do outro; são ao mesmo tempo espectadores e cúmplices. No seu pequeno mundo, os gêmeos têm sua linguagem secreta, incompreendida pelo ambiente. Se compreendem, se completam e se bastam. Os gêmeos geralmente falam mais tarde do que as outras crianças. Os especialistas usam o termo Cryptophsia para definir a linguagem secreta dos gêmeos.

No caso de gêmeos de sexos diferentes, a menina é quase sempre a líder do casal; entretanto, às vezes, os

papéis se invertem. Vivendo assim, em dupla, estreitamente ligados, os gêmeos não se queixam desta situação antes da puberdade, ocasião em que desejam se separar, não gostando de ser confundidos um com o outro. Eles querem ter sua própria individualidade. Os pais deverão favorecer a personalidade de cada um, dando-lhes tratamento individualizado.

## Conselhos

**a)** Dê aos gêmeos nomes bem diferentes. Evite o máximo possível a expressão *gêmeos*.

**b)** Faça-os usar roupas diferentes, com cores diferentes.

**c)** Faça-os dormir sempre em camas separadas.

**d)** Desde cedo, dê a eles brinquedos diferentes.

**e)** Na sua ausência e na do pai, por motivo de viagem, por exemplo, caso desejem, permita que fiquem sob a responsabilidade de pessoas ou parentes diferentes, devendo ser respeitada e até estimulada a preferência de cada um.

**f)** Por ocasião de férias, coloque-os em lugares diferentes, com parentes diferentes, se as crianças

desejarem.

**g)** Procure ter contato com cada um deles separadamente, e não sempre juntos.

**h)** Se um deles for convidado para a festa de um vizinho, os pais poderão arranjar outro programa para o que não foi.

**i)** Evite dar a cada um o mesmo sorriso, o mesmo biscoito, o mesmo castigo. Cada um terá os seus brinquedos e a sua atenção.

**j)** Coloque-os em escolas diferentes, ou em classes diferentes, se for na mesma escola.

**k)** No aniversário, compre dois bolos. Um para cada um.

A frequência do parto gemelar aumenta com a idade da mãe. É de seis por mil na juventude e de 17 por mil, acima dos trinta anos.

O parto gemelar constitui, sem dúvida, na maioria das vezes, surpresa e tarefa trabalhosa para os primeiros meses. Felizmente, a média é de uma gravidez gemelar para noventa, trigêmeos, para 9.000, quadrigêmeos, para 50.000 e partos quíntuplos, para 54 milhões. Não há dúvida de que o parto de gêmeos é sempre uma preocupação. Geralmente o peso dos bebês é mais baixo que nos

partos comuns, mesmo eles sendo de nove meses. Em casos excepcionais, poderão crescer os dois com peso acima de três quilos.

Existem dois tipos de gêmeos: os provenientes de um só óvulo e os provenientes de dois ou mais óvulos. Os nascidos de um só óvulo se originam, por motivos ainda desconhecidos, de uma divisão em dois do ovo fecundado. O segundo tipo sugere a partir de ovulação dupla ocasional, devido ao ataque simultâneo ou sucessivo, muito próximo, correspondente a um só ciclo menstrual, de dois ou mais óvulos por dois ou mais espermatozoides.

## O primeiro tipo é denominado gêmeos autênticos

São tão parecidos que às vezes é difícil a diferenciação. Não só há semelhança física como também da personalidade, do temperamento e do comportamento idêntico nas doenças. A cor dos olhos é a mesma, o grupo sanguíneo é o mesmo e a impressão digital também. Os gêmeos univitelinos são sempre do mesmo sexo.

## Os do segundo tipo são chamados de gêmeos fraternos

São na verdade simples irmãos, gêmeos bivitelinos. Diferem no aspecto físico e psíquico, como pode acontecer com dois irmãos dos mesmos pais. São produto de duas gestações desenvolvidas ao mesmo tempo. Os bivitelinos são mais frequentes e às vezes constituem característica familiar, isto é, ocorrem de preferência em determinadas famílias.

Se o parto ocorrer em condições satisfatórias, a evolução será normal; embora de baixo peso, os bebês atingirão a média satisfatória. A alimentação natural pelo leite materno às vezes fica difícil, sendo necessária grande quantidade para os dois ao mesmo tempo. A suplementação de alimentação artificial pode ser necessária. O gêmeo tem tendência à anemia e ao raquitismo, e por isso o pediatra avalia a introdução, no primeiro mês de vida, de ferro e vitamina D.

Nem sempre é fácil saber, após o parto, se são provenientes de uma ou mais placentas, mas quando a semelhança se torna extraordinária entre os dois e quatro anos de idade, tudo indica que eles são gêmeos univitelinos. A diferença de peso entre eles é comum,

porque um se acomoda melhor do que o outro dentro do útero.

## A educação

A educação dos gêmeos merece cuidado especial, sobretudo se eles são do mesmo sexo, e não se deve dar a impressão de que eles são um fenômeno, como se um fosse a metade do outro. Deverão ser vestidos diferentemente; se frequentam o mesmo colégio, deverão ficar em classes diferentes. Cada um deverá ter sua personalidade estimulada e seu próprio grupo de amigos. O ideal será que os gêmeos tenham sua independência pessoal e individualidade asseguradas.

## O desenvolvimento da linguagem

É comumente atrasada. Eles poderão chegar aos cinco anos com a mesma linguagem de crianças com três anos. Segundo alguns médicos, a explicação para isto reside na satisfação da presença mútua para brincar sem necessidade de falar. Os gêmeos do sexo feminino falam mais cedo do que os do masculino. O uso da mão esquerda (canhoto) é mais frequente

entre os gêmeos. Sabemos que a média em crianças não gêmeas é de 6%, nos gêmeos de duas placentas é de 8%, e de 15% nos de uma só placenta. O exame do eletroencefalograma (EEG) é idêntico nos gêmeos univitelinos (da mesma placenta); entretanto, as modificações clínicas poderão ser diferentes. Na sua educação deve-se evitar ao máximo comparações ou preferências que possam gerar rivalidade entre eles.

## A alimentação

Com leite materno, precisará de um planejamento para ser bem-sucedida. A maioria das mães consegue alimentar seus filhos gêmeos por alguns meses, pelo menos no primeiro mês. As mamadas frequentes provocam um estímulo duplo, produzindo duas vezes mais volume de leite. No começo é aconselhável amamentar um de cada vez, até que a mãe se habitue com o modo de cada um, e com o tempo descobrirá que poderá amamentar os dois simultaneamente. No caso de ter gêmeos na segunda ou terceira gravidez ficará mais fácil. Se um dos gêmeos mama com mais vigor do que o outro, é aconselhável alternar o peito que lhe oferece. Geralmente o mais robusto é o que apresentará maior disposição. A questão do sexo não

tem influência; às vezes o bebê do sexo feminino tem mais força do que o do sexo masculino, independentemente do peso. Quando mamam ao mesmo tempo, o mais forte, possivelmente maior, pode desencadear o reflexo da descarga do leite para o outro, menor. Logo no início, sendo possível eles deverão ter o apoio de uma enfermeira especializada ou de uma pessoa da família que tenha amamentado gêmeos.

Na alimentação diária, a mãe deverá ser estimulada a beber bastante leite de vaca; o leite tipo Longa Vida enriquecido com ferro e vitaminas é aconselhável. Na eventualidade de a mãe não tolerar leite de vaca, deverá incluir na dieta diária um prato de sopa preparada com legumes verdes e vermelhos (dois de cada) e, de sobremesa, comer queijo ou iogurte.

Durante o dia deverá beber dois ou três copos de suco de frutas feito na hora e não deverá ter medo de engordar, desde que não abuse de massas e pão.

## Candidose ou candidíase oral (sapinho)

É possível notar a presença do popular "sapinho" do segundo ao terceiro dia, mas sua frequência costuma aumentar em torno do quinto e do sexto

dias, criando dificuldades para o bebê mamar. Se não houver outra orientação médica, pincele a boca do bebê com uma solução aquosa de violeta genciana a 1% duas vezes ao dia. Poderá ser usada nistatina diretamente na boca de seis em seis horas na dose de 1ml.

# Capítulo 7

# O sexto dia

# O sexto dia

*Ao sexto dia, a mãe o bebê já se entendem cada vez melhor, e o ato de mamar e amamentar torna-se um grande prazer para os dois.*

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**A)** Ao sexto dia o recém-nascido começa a ganhar

peso.

**b)** Suas fezes já perderam o aspecto de mecônio, e embora ainda não sejam pastosas, já se nota o tom amarelado característico. São denominadas "fezes de transição".

**c)** Provavelmente o coto umbilical estará totalmente seco, podendo cair a qualquer momento; deve-se continuar a limpá-lo com álcool a 70%.

**d)** Continue sem oferecer água ou chás durante a amamentação. A mãe produzirá cada vez mais leite; quanto mais for ofertado o peito ao bebê, mais leite será produzido.

**e)** As evacuações variam de uma a seis por dia, não sendo raro crianças normais ficarem sem evacuar durante sete a dez dias em caso de amamentação materna exclusiva.

**f)** A micção é de dez a doze vezes em 24 horas, quase sempre clara, exceto se forem administradas algumas gotas de vitaminas, que proporcionarão uma tonalidade amarelada. O volume diário é de 60ml a 220ml, o que corresponde a aproximadamente sete fraldas por dia.

**g)** Há choro nos casos de fome, dor abdominal, frio, calor e às vezes por falta do colo materno (lembre-se

que dentro do ventre o bebê estava em contato com a mãe 24 horas por dia, o que o faz sentir falta do calor materno).

**h)** A roupa deverá continuar sendo simples, abuse das roupas de algodão, evitando as camisas muito enfeitadas e rendadas. Não as engome.

**i)** A atividade no berço é mais intensa (o bebê se mexe mais).

**j)** O sono continua constante, em condições normais o bebê dorme o dia todo, acordando em torno de duas em duas horas aproximadamente.

**k)** Atividade motora: o bebê mostra excitação e desconforto, procura o bico do peito, está alerta para os sons, reage a agressões sensoriais de maneiras diversas, fica atento a cores fortes, principalmente o vermelho.

A alimentação agora é mais regular, e a mãe e o bebê já se entendem cada vez melhor, tornando assim a amamentação um grande prazer para ambos. O leite materno continuará sendo a melhor opção. Às vezes a mãe que amamenta se sente insegura, não sabendo se o seu leite está em quantidade suficiente.

O melhor parâmetro é o humor do bebê. Um bebê bem alimentado dorme, evacua bem e urina em grande quantidade; em suma, está de bem com a vida. Outro fator, que é o ganho de peso, será avaliado pelo pediatra na primeira consulta, por volta de dez dias após o nascimento. Se por algum motivo a mãe notar uma baixa produção de leite ou ficar insegura em relação à amamentação, ela deve entrar em contato com o pediatra antes de oferecer qualquer alimentação.

A amamentação deve continuar sendo realizada a livre demanda, que dependendo da criança pode ser de hora em hora ou de três em três horas; se a criança der distâncias maiores do que quatro horas, a mãe deve ficar atenta e oferecer o peito mesmo sem o bebê solicitar, nos primeiros dias de vida; após dez dias esse controle não é mais necessário. O volume da amamentação varia em torno de 60ml a cada três horas, dando um total de 360ml; parece pouco, mas é o suficiente para alimentar o bebê com esse tempo de vida.

## A NECESSIDADE DO BEBÊ DE SUGAR (CHUPAR)

O ato de sugar é um dos reflexos mais importantes nesta fase da vida, mas não quer dizer necessariamente que o bebê está com fome. Esta é uma forte necessidade instintiva desde o seu primeiro dia de vida, que lhe dá alegria, prazer e tranquilidade. Até os prematuros o fazem. Esta atividade mão-boca existe até no útero. Muitos bebês, embora já satisfeitos após a mamada, necessitam de uma "chupação" extra. Este reflexo é mais intenso até os sete meses. Aos nove meses diminui ou desaparece. Quando persistir além desta data poderá significar que o bebê está se sentindo descontente, com fome ou apresentando outra alteração.

## DEVO DAR CHUPETA AO MEU FILHO?

Esta foi a pergunta de uma mulher ao famoso pediatra e educador americano Berry Brazelton durante uma conferência sobre o comportamento das mães na disciplina dos bebês. Segue-se a resposta à pergunta:

"Alguns bebês precisam da chupeta para acalmá-

los. Há alguns bebês que não conseguem ou não querem usar o polegar. Particularmente, prefiro o polegar. Está sempre ali, podendo ser usado sempre que se quiser. A maioria dos bebês tem a sua própria maneira de se acalmar. Se eles são ativos ou simplesmente agitados, certamente precisarão de um modo de se desligar ou relaxar. Fico calmo quando vejo um bebê capaz de relaxar sozinho. Ele será um bebê mais fácil de lidar para seus pais."

Pelo seu comportamento, ele mostrará do que precisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)

optaram como recomendação oficial não utilizar bicos e chupetas desde o nascimento, pois o tempo de duração do aleitamento materno influi diretamente na saúde do bebê e da mãe. Quanto mais tempo ela amamentar, mais saúde para ambos, e, segundo estudos, o uso de bicos e chupetas diminui o tempo de amamentação. Esta orientação é compartilhada pelo Ministério da Saúde do Brasil, que desde 1990 optou pela implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que tem como regra (nono passo — o sucesso da amamentação) a não utilização de bicos, mamadeiras e chupetas em alojamento conjunto.

A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que os pais tenham claramente esta visão de "prós e contras" do uso da chupeta, para que, junto ao seu pediatra, possam tomar uma decisão informada quanto a oferecê-la ou não aos seus bebês, avaliando os prós e contras do uso e não uso.

Dentre os prós, além de acalmar o bebê, alguns estudos evidenciaram possível efeito protetor contra morte súbita, desde que seja introduzida após a terceira semana de vida ou com a amamentação já estabelecida e utilizada apenas durante o sono (recomendação oficial da Academia Americana de

Pediatria — AAP). Dentre os fatores negativos, além de diminuir o tempo de amamentação, estão a deformação na arcada dentária e problemas na mastigação, além de atrasos na linguagem oral, problemas na fala e emocionais. O risco de má oclusão dentária em crianças que utilizam chupetas pode chegar a dobrar em relação aos que não usam. O uso de chupetas também está associado a maior chance de candidíase oral (sapinho) e verminoses, já que é quase impossível manter uma chupeta com higiene adequada.

## O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

### Dermatite da fralda (assaduras nas nádegas)

A presença de irritação nas nádegas (vermelhidão) nas primeiras semanas de vida é relativamente frequente. Sua principal causa é a reação à amônia. Em 90% dos casos é causada pela dermatite de contato, resultante da reação entre a ureia eliminada e o bacilo fecal, denominado *Bacillus ammoniagenes*. A

urina torna-se fortemente alcalina, liberando amônia. A amônia é retida pela fralda, o que se torna perceptível pelo seu odor.

Os fatores que podem acarretar dermatite são:

**a)** Predisposição familiar (pele facilmente irritável, sobretudo nas famílias louras, de olhos azuis).

**b)** Crianças que apresentam pele com gordura excessiva.

**c)** Predisposição a reagir à fralda descartável.

**d)** O contato demorado com urina e fezes, por falta de atenção da pessoa responsável, o que acarreta na produção excessiva de amônia.

**e)** Alimentação com leite artificial ou leite de vaca.

A pele do recém-nascido que fica coberta pela fralda é suscetível a irritações e infecções. Segundo a escola pediátrica alemã, além da maior sensibilidade da epiderme ainda jovem à irritação mecânica causada pelo uso de fraldas e pela limpeza frequente, o amoníaco presente na urina e nas fezes irrita a delicada pele do bebê. Por isso, é importante a troca frequente das fraldas e o uso de um creme contra assaduras para a proteção da pele contra a umidade, que é uma das principais causas das irritações.

Como evitar assaduras:

**a)** Cada bebê tem seu creme pessoal que dá resultado, e as mães e avós já sabem qual é, por exemplo, Demodex®.

**b)** Mude sempre que possível a fralda, logo que o bebê a suje, tanto de urina como de fezes.

**c)** O melhor é deixar o bebê sem fralda o máximo possível, principalmente se já houver alguma lesão.

**d)** A melhor prevenção é lavar as nádegas três ou quatro vezes por dia, corrigir o que está sendo feito de errado e usar uma pomada local (óxido de zinco), ou então uma recomendada pelo seu pediatra.

**e)** Faça a limpeza com algodão e água, não use lenços umedecidos enquanto houver irritação, pois deixam a genitália úmida. Quando houver formação de bolhas amareladas, pústulas, há necessidade da intervenção do pediatra.

**f)** Fraldas descartáveis de má qualidade também são causas frequentes de assaduras. Às vezes é melhor usar as tradicionais fraldas de algodão em vez das descartáveis de má qualidade.

**g)** O aparecimento das assaduras depende do tipo de pele do bebê, sendo uns mais sensíveis do que outros.

O tratamento da assadura, também chamada de dermatite por fralda, consiste em medidas simples e

ajustadas de acordo com a gravidade e o tipo de dermatite por fralda. Em casos leves, trocas frequentes de fraldas, limpeza com água morna e o uso de um creme de barreira contendo, por exemplo, óxido de zinco é recomendado. Se a criança estiver muito irritadiça podem ser feitas compressas frias, que têm um efeito calmante. Se a vermelhidão persistir pode se associar um corticoide de baixa potência, como a hidrocortisona 1%, no máximo duas vezes ao dia durante três dias, ou se houver associação com cândida pode-se conjugar óxido de zinco com nistatina. O pediatra deve ser avisado do problema e a mãe deve seguir suas orientações. Se houver a presença de pus, o médico deve ser consultado imediatamente.

Foto: Vanessa Somellera

# Capítulo 8

# A segunda semana

*O coto umbilical costuma cair do sétimo dia em diante, habitualmente até o 15º dia.*

## PROVIDÊNCIAS E PROBLEMAS

**A)** O bebê percebe claridade e escuridão, é sensível ao som e já focaliza objetos.

**b)** Se aquieta no colo ao se sentir seguro e para de chorar para olhar alguma coisa.

**c)** Segura qualquer objeto posto nas suas mãos; é o denominado "reflexo de preensão". Para os seguidores da teoria de Darwin, é um vestígio do nosso ancestral, o macaco.

**d)** O coto umbilical cai geralmente neste período, podendo levar até quinze dias para haver a queda. A mãe deve continuar a passar álcool a 70% a cada troca de fralda até uns dias após a queda do coto umbilical.

**e)** Hidratação: pode ser necessária nas crianças alimentadas com mamadeira. A água deve ser oferecida filtrada e fervida, sem adição de açúcar. As crianças amamentadas ao peito não precisam de suplementação com água. O leite materno mata a fome e a sede ao mesmo tempo.

**f)** Entre o sétimo e o décimo dias, a criança atinge novamente o peso que tinha ao nascimento e passa a ganhar diariamente de 25g a 30g; a mãe não precisa ficar pesando o bebê diariamente, que deve ser pesado apenas na consulta ao pediatra.

**g)** Já com aspecto definido, as fezes são evacuadas de uma a seis vezes ao dia. Algumas crianças evacuam

após cada mamada, sem que isto signifique anormalidade. Às vezes as fezes são pastosas, de coloração esverdeada. Crianças amamentadas ao peito podem ficar até dez dias sem evacuar sem que isto seja um problema.

**h)** A urina torna-se mais volumosa e mantém-se bem clara. O volume varia de 70ml a 240ml em 24 horas. De dez dias em diante, será de 100ml a 300ml; o que equivale a sete trocas de fralda aproximadamente.

**i)** Pode aparecer sapinho, como já explicado anteriormente; sobretudo em crianças que utilizam chupetas e mamadeiras.

**j)** Para o banho, ferva previamente a água até a queda do coto umbilical. Dê um ou dois banhos por dia.

**k)** As descamações da pele já terminaram. A pelugem cai juntamente com os cabelos, que serão substituídos.

**l)** O bebê fica mais tempo acordado do que na primeira semana.

**m)** Em certas ocasiões surge uma pequena coriza, resultante da descamação na mucosa nasal.

**n)** Verifica-se tosse, traduzindo descamação de células da árvore respiratória. É uma tosse reduzida, sem qualquer comprometimento do estado geral.

**o)** A fimose é normal no recém-nascido. Não são mais indicados os exercícios para dilatar o prepúcio. Só se indica cirurgia quando houver dificuldade de urinar.

## A ALIMENTAÇÃO

Cada vez mais a produção do leite aumenta; a mãe irá reparar que se permanecer mais de três a quatro horas sem dar o peito, ele ficará inchado e poderá formar as famosas pedras. Isso ocorre porque o volume de produção do leite aumenta, para suprir a quantidade de leite necessária para o bebê, que a cada dia cresce.

*Posição correta para dar de mamar.*

Nesta fase, a mãe deve ter cuidado para não ficar horas sem dar de mamar e com isso levar à formação de pedras que podem causar dor e até mesmo febre. Se ocorrer a mãe pode fazer a ordenha manual (ou

com bomba) de um pouco de leite antes de oferecer o peito ao bebê, para não causar dor na amamentação. Se ocorrer febre e a mama ficar vermelha, a mãe deve procurar o obstetra para uma avaliação, porém a amamentação pode ser mantida, mesmo que dolorosa.

A produção de leite será aproximadamente de 60ml a 80ml a cada 3 horas, podendo variar de mulher para mulher e de acordo com o estímulo da sucção pelo bebê. Bebês amamentados com fórmulas infantis deverão fazer uso desta quantidade aproximadamente, mas sempre orientados por um pediatra.

## OUTRAS INSTRUÇÕES PARA O ALEITAMENTO MATERNO

**a)** Sempre que possível a mãe deverá repousar durante quinze minutos antes de iniciar a mamada, relaxando, sem preocupações.

**b)** A mãe deve usar um sutiã especial durante os últimos três meses de gravidez assim como durante a amamentação, para evitar a distensão da pele.

**c)** O peito pode ser esvaziado com bomba manual ou elétrica e o leite coletado em recipiente esterilizado pode ser armazenado em freezer por aproximadamente vinte dias. O descongelamento deve ser feito em banho-maria e o leite não poderá ser novamente congelado. Esse procedimento é indicado quando o bebê não puder sugar diretamente o peito da mãe.

**d)** Quando o bebê mama, o útero se contrai, abreviando o retorno à sua posição e tamanho normais.

**e)** A mãe deve beber o mesmo volume de leite que a criança lhe suga, sem exagero. Às vezes, ao ouvir o bebê chorar, o leite começa a fluir.

**f)** Não empurre a cabeça do bebê em direção ao peito. Ele reagirá volvendo a cabeça para trás, em direção à mão que o empurrou, tornando mais difícil sua aproximação do mamilo.

**g)** Faça o bebê "arrotar". Para expelir gases, basta colocá-lo contra o ombro, dando-lhe umas palmadinhas nas costas. Alguns bebês precisam arrotar uma ou duas vezes no decurso da refeição. Mesmo que arrotem antes de vinte minutos, o responsável deverá deixar o bebê na posição ereta para

que diminua o refluxo fisiológico existente nesta faixa etária.

**h)** Alguns bebês transpiram muito ao mamar.

**i)** Há um horário flexível, a livre demanda; algumas crianças mamam de hora em hora e outras de três em três horas.

**j)** O bebê nem sempre recebe, sistematicamente, a mesma quantidade em cada refeição. A mãe não deve ficar infeliz por isso. Se o "forçar", ele pode começar a perder apetite.

**k)** Há bebês que gostam de descansar durante a mamada, interrompendo-a por um a três minutos, nunca mais de dez.

**l)** O bebê, às vezes, não toma todo o volume desejado, podendo querer retornar a mamada uma hora depois.

**m)** Os banhos de sol são importantes. Não mais do que 30 minutos nos momentos de sol mais fraco.

**n)** Quando amamentar, cuidado com alimentos "pesados". Condimentos podem causar reações, provocando gases. Repolho, cebola, alho, brócolis e nabo são muitas vezes os responsáveis.

## A higiene das mamas:

**a)** As mamas devem ser lavadas diariamente.

**b)** No caso de o sabonete ressecar os bicos e as aréolas, use-os em dias alternados.

**c)** O bico do peito deve ser mantido seco.

**d)** Não use água boricada.

**e)** Evite maceração do bico do peito pela umidade.

**f)** Evite atritos da roupa com as mamas.

**g)** As mães preferem usar sutiãs.

**h)** Compressas absorventes (existentes no mercado) ou um lenço limpo podem ser colocados dentro do sutiã para absorver o leite que gotejar nos intervalos.

A maioria dos bebês esvazia o peito em cinco minutos; outros levam vinte minutos. Nos primeiros dois minutos eles já mamaram 50% do total, e aos quatro minutos 80% a 90%, e daí por diante o bebê faz do bico do peito uma chupeta, a sucção lhe dá prazer, é a sua única diversão nos dois primeiros meses de vida. Se a mãe não estiver com os bicos inflamados ou rachados, deve deixá-lo mamar até vinte minutos.

Depois de o bebê ficar durante o tempo devido no colo, após a mamada, ele deve ser colocado no berço,

de bruços (somente com a vigilância de uma pessoa) ou do lado direito para facilitar o esvaziamento do estômago para o intestino e diminuir a regurgitação. O bebê não precisa de travesseiros. Já os americanos preferem deitar o recém-nascido sobre o ventre. Os franceses, de lado, nunca deixando-o de bruços. De acordo com observações feitas nos últimos anos, deve-se evitar que o bebê durma de barriga para baixo, pelo perigo de parada respiratória associada a esta posição.

O reflexo da eliminação espontânea do leite materno é um sinal importante do sucesso do aleitamento.

## O QUE A MÃE DEVE CONTAR AO PEDIATRA

Pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a primeira consulta ao pediatra deverá ser realizada no primeiro mês, de preferência nos primeiros quinze dias de vida. Se a mãe apresentar dificuldade de amamentar ou qualquer outra intercorrência, o pediatra deve ser consultado antes disso. O ideal é que a mãe faça uma

consulta com o pediatra antes do nascimento do bebê para tirar todas as suas dúvidas e angústias. É indispensável que ao primeiro exame do recém-nascido a mãe informe ao pediatra como evoluiu a gravidez e como ocorreu o parto.

## Como evoluiu a gravidez

A área da pediatria referente ao recém-nascido progrediu tanto que já é considerada uma subespecialidade, denominada neonatologia. A mãe deve informar ao pediatra, com todos os detalhes, como se desenvolveu sua gravidez.

A gestação compreende três períodos bem definidos:

**Primeiro período:** denominado germinativo, desde a fecundação até o fim da segunda semana, também denominado fase pré-embrionária, quando

pode ocorrer a morte do ovo fecundado, mesmo sem que a mulher perceba.

**Segundo período:** do fim da segunda semana até o fim da oitava semana. É o período embrionário, da organogênese (formação dos órgãos), em que o desenvolvimento do embrião está altamente predisposto a sofrer alterações da normalidade sob a influência de causas diversas (ver malformações fetais), o que pode acarretar aborto ou então malformações em diversos graus.

**Terceiro período:** é o período fetal, que se inicia na nona semana. É o período da diferenciação, o ovo está estabelecendo o que será no futuro a cabeça, o tronco e os membros; a partir da 16ª semana, diminui gradativamente o perigo de agressão ao feto.

A mãe deverá informar diversos fatos ao pediatra quando ele estiver fazendo a ficha do seu filho:

**a)** Quando grávida, se ainda perdia sangue, se houve ameaça de aborto.

**b)** Se teve, sobretudo nos primeiros três meses, doença grave, ou esteve em contato com qualquer pessoa com doença infecciosa, sobretudo no mesmo domicílio, especialmente doença eruptiva, entre elas a

rubéola, a varicela e o herpes.

**c)** Se tomou alguma vacina nos primeiros meses de gravidez, principalmente com vírus atenuados (sarampo, rubéola e caxumba).

**d)** Se foi operada, tipo de operação e duração da anestesia.

**e)** Se foi submetida a exame de raios X, em que época e qual foi o número de chapas.

**f)** Se fumou na gravidez (geralmente isto é uma das causas de bebês com baixo peso ao nascimento).

**g)** Se sofreu algum acidente.

**h)** Se houve algum grande aborrecimento durante a gravidez (nos referimos a contrariedades que atingem a alma, isto é, decepção com o marido ou perda de algum parente extremamente querido, que são as situações mais frequentes).

**i)** Os remédios que tomou, se usou tranquilizantes, antibióticos, enfim, qualquer droga, como aspirina, e em que período da gestação.

**j)** É importante a mãe relatar se tem consanguinidade com o marido, especialmente se são primos-irmãos, isto é, filhos de dois irmãos, e se existem doenças hereditárias na família.

**k)** Deve informar ao pediatra o relatório do médico obstetra, sobretudo os exames feitos.

## Como ocorreu o parto

Deverão ser informadas ao pediatra as seguintes condições:

**a)** Se o parto foi normal, por via vaginal, sem qualquer auxílio, a duração do trabalho de parto, se houve sofrimento fetal, se foi necessária reanimação, se o bebê esteve na incubadora e por quanto tempo.

**b)** Se o bebê foi tirado a ferro (nasceu de parto a fórceps). Existe uma grande prevenção contra seu uso; entretanto, os obstetras acham que, quando aplicado no segundo período do parto, denominado fórceps de alívio, em mãos de obstetras hábeis, o instrumento não provoca lesões maiores. A mãe deve informar se a criança nasceu machucada, se os fórceps foram aplicados depois de muitas horas de trabalho de parto, se o bebê foi reanimado, se foi mantido na incubadora e outros detalhes.

**c)** A mãe deve informar as razões que levaram o obstetra a decidir quanto ao parto cesáreo. Se foi com hora marcada ou se foi resolvido depois de iniciado o

trabalho de parto, depois de ter sido tentado o parto normal. Se o recém-nascido chorou logo em seguida ou se foi preciso reanimação. Outrora se dizia que o parto cesáreo resolvia o problema do obstetra, mas criava um problema para o pediatra. Esta afirmação não é verdadeira. Num parto cesáreo bem indicado, sem sofrimento materno ou fetal, o feto tem as mesmas condições, em alguns casos até melhores, do que se tivesse nascido de parto vaginal demorado e difícil.

**d)** As condições em que o bebê nasceu, se foi realizado o teste de Apgar no primeiro e no quinto minuto.

## O bebê já pode passear?

Uma dúvida muito frequente de todas as mães é quando ela pode levar seu filho para ambientes coletivos, com muitas pessoas, ou sair de casa para algum evento. Geralmente, na primeira semana de vida, a criança está se adaptando ao novo ambiente, à amamentação e ao seu novo lar, sendo suas saídas apenas para tomar o famoso banho de sol, que são saídas curtas de aproximadamente trinta minutos, não mais do que isso.

A partir da segunda semana, a mãe começa a ter dúvidas quanto aos ambientes a que pode levar seu bebê e como fazer isso sem consequências para o pequeno. O ideal é que no primeiro mês de vida a criança evite saídas prolongadas, e se forem necessárias, nunca para ambientes fechados (como shopping, supermercados e festas).

Se houver necessidade de saída, procure ambiente abertos, arejados, evitando horários de sol forte. A mãe deve ter cuidado com a roupa que vai colocar no bebê, para que seja compatível com o clima do dia, mas sempre levando na bolsa roupa sobressalente, imaginado outros climas que possam surgir.

A mãe não deve ficar muito tempo sem amamentar, o que pode ocorrer em viagens longas.

Todo cuidado é pouco. Cuidado com ambientes com muito sol (o bebê só pode passar protetor solar depois de seis meses) ou grande quantidade de mosquitos (só poderá passar repelente a partir de dois meses de idade).

## A CIRCUNCISÃO

A circuncisão é a intervenção cirúrgica que consiste na secção (corte) da pele (prepúcio) que cobre a parte terminal (glande) do pênis. É uma operação que raramente se justifica do ponto de vista médico, embora seja frequentemente praticada por motivos religiosos.

Fimose é o revestimento irredutível da glande pela pele do prepúcio (dobra de pele que cobre a glande). A circuncisão faz parte da cerimônia de batismo dos meninos judeus, embora sua prática tenha se generalizado, nem sempre por motivos médicos justificados. Noventa e seis por cento dos meninos nascem com uma fimose fisiológica, e aproximadamente 90% já têm uma boa abertura de prepúcio aos três anos de idade. Muitas fimoses patológicas (que não se abrem espontaneamente) são provocadas pelos exercícios da dilatação, que, por esta razão, deixaram de ser recomendados. Ao repuxar a pele do prepúcio, esta pode lesionar, formando depois cicatrizes retráteis, que não se dilatarão espontaneamente. Portanto, não se recomendam mais os exercícios de arregaçamento da pele do prepúcio.

As crianças que não foram submetidas à circuncisão deverão quando maiores aprender a fazer

a higiene do pênis, com água e sabão, durante o banho.

Não há dúvida de que a circuncisão no recém-nascido é mais fácil do que quando realizada mais tarde. A circuncisão não deve ser feita como rotina, isto é, obrigatoriamente, e sim a critério do pediatra, e quando feita deverá ser após as primeiras 24 horas de vida, se o recém-nascido for normal e nascido de parto normal; se houver algum problema é preferível deixar exclusivamente a critério do pediatra a melhor ocasião de executá-la. Os cuidados com a higiene do pênis do bebê que foi submetido à circuncisão devem ser rigorosos, com lavagem diária com soluções antissépticas e aplicação de óleo, até que a pele esteja perfeitamente cicatrizada, a fim de evitar complicações.

O pediatra deve permiti-la:

**a)** Se o recém-nascido está em condições normais de respiração, circulação e temperatura.

**b)** Se o peso está acima de 2,5kg.

**c)** Se a criança, após a queda normal do peso, já começou a recuperá-lo.

**d)** Somente com a aprovação dos pais.

**e)** Quando há coagulação normal do sangue, avaliada

por teste de laboratório.

**f)** Sendo um ato doloroso, a anestesia do bebê deve ser avaliada pelo pediatra e pelo cirurgião.

## Vacinação

A vacinação é uma etapa importante da vida da criança, que modificará sua vida até a vida adulta. Algumas vacinas dadas na infância protegerão a criança para sempre contra a doença, como a vacina contra a hepatite B, outras deverão ser tomadas periodicamente para mantê-lo protegido, como, por exemplo, a tríplice bacteriana, que deve ser realizada de dez em dez anos. É muito comum a mãe se preocupar com a vacinação nos primeiros anos de vida, esquecendo-se dela quando a criança torna-se maior. Isto não deve acontecer. O cartão de vacina é um documento muito importante para o resto da vida da criança, devendo a mãe preservá-lo e mantê-lo sempre atualizado.

Aqueles que irão ter contato com o bebê também deverão ter seu calendário de vacinação em dia.

# BCG

A vacinação pelo BCG é um eficiente elemento na prevenção dos casos graves de tuberculose. De modo categórico, o BCG não evita a tuberculose; se a criança, apesar de vacinada, estiver em contato mais ou menos constante com pessoa contagiante, pode pegar a doença. Entretanto, a criança vacinada pelo BCG se defenderá muito melhor do que a não vacinada; a vacina evitará que a tuberculose adquira formas graves, como a meningite tuberculosa miliar, que é a disseminação da doença, atingindo diversos órgãos ao mesmo tempo.

A vacina BCG deve ser aplicada de preferência na primeira semana de vida ou antes de um mês. Se a criança tiver contato íntimo com paciente com tuberculose ou suspeita de tuberculose antes da realização da vacina, os pais devem consultar um médico para avaliar a necessidade de vacinação ou de um tratamento profilático. A vacina é um direito de todo cidadão brasileiro, estando disponível em todos os postos de saúde.

A BCG é a vacina que causa a cicatriz. Ela é realizada sempre no braço direito e irá levar à formação de uma bolha de pus, vermelhidão, crosta e

por último a cicatriz. Leva em torno de dois meses para a formação de cicatriz, podendo demorar um pouco mais em algumas crianças. Se uma criança aos seis meses não apresentar a cicatriz, ela deverá ser levada ao pediatra para avaliar uma revacinação.

## A VACINA CONTRA A HEPATITE B

A primeira vacina de que a criança irá fazer uso é a da hepatite B. Ela será aplicada na maternidade e de preferência nas primeiras 24 horas de vida, protegendo a criança contra a hepatite B. Serão administradas mais duas doses de reforço com um mês ou dois meses e com seis meses. Essas três doses conferem proteção para a vida toda da criança.

Em crianças cujas mães sabem previamente que possuem o vírus da hepatite B pode ocorrer transmissão do vírus para o bebê, sendo assim recomendado o uso imediato de imunoglobulina hiperimune para hepatite B (HBIG), além da realização da vacina.

A vacina deverá ser aplicada com agulha e seringa descartáveis, na dose de 0,5ml, geralmente bem

tolerada, sem apresentar reações locais e gerais intensas.

A vacina contra a hepatite A só está liberada para crianças acima de um ano. Embora conste no calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Pediatria, o Programa Nacional de Imunizacões do Ministério da Saúde não disponibiliza na rotina dos postos públicos. Isso até o primeiro semestre de 2014.

Ainda em relação à vacina hepatite B, aceitam-se alguns esquemas. Além da dose ao nascer, outras doses são administradas aos vinte dias e seis meses, ou aos dois, quatro e seis meses. Em bebês prematuros, ao nascer, trinta dias, dois e seis meses ou ao nascer, trinta dias, dois, quatro e seis meses de vida.

*O bebê dormindo após ter mamado.*

## O "TESTE DO PEZINHO"

O *teste do pezinho* é o exame que deve ser realizado em todo recém-nascido para o diagnóstico precoce de

doenças metabólicas congênitas ou hereditárias que possam ser tratadas desde o primeiro mês de vida. Atualmente é obrigatório em nosso país, sendo sempre feito preferencialmente a partir do sétimo dia de vida, quando o bebê já estiver plenamente amamentado. A realização do exame dentro dos primeiros sete dias pode algumas vezes levar a resultados falsos e obrigará à repetição do exame.

Hoje existem várias modalidades do teste do pezinho. Basicamente, este exame é feito para a detecção de três doenças que podem ser tratadas desde o nascimento: o hipotireoidismo congênito (deficiência da tireoide), a fenilcetonúria (erro metabólico por falta de uma enzima) e a anemia falciforme. Este exame é o chamado teste do pezinho *básico* e todo bebê deverá fazê-lo. No caso do hipotireoidismo congênito, desde o início sua detecção obrigará ao tratamento com hormônios da tireoide para que a criança possa se desenvolver sem prejuízo neurológico. A fenilcetonúria diagnosticada obrigará à adoção de dieta específica para evitar o retardo mental. E a anemia falciforme deverá ser tratada desde o nascimento, evitando infecções graves. Este exame está disponível em todos os postos de saúde.

A pesquisa de outras doenças metabólicas ou congênitas mais raras, através do teste *ampliado* ou do teste *plus*, deverá ser orientada pelo pediatra. Doenças infecciosas, como a toxoplasmose, a infecção pelo HIV e a sífilis, também têm sido incluídas na pesquisa do teste do pezinho, mas esta pesquisa será feita com orientação do pediatra nos casos indicados.

## O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

### Fezes moles no recém-nascido

Eliminação de fezes moles em recém-nascido é frequente nos primeiros dias, quando se inicia a alimentação pelo leite materno. Ela tem efeito laxativo, facilitando a eliminação do ferrado (mecônio), nome dado às fezes nos primeiros quatro dias de vida.

Há bebês que, nas primeiras semanas de vida, evacuam sempre que mamam. Isto é provocado pela exaltação do denominado reflexo gastrocólico. Não é necessário tratamento.

A coloração esverdeada das fezes não tem a

gravidade que a família julga, sendo originada pela bile, que se transforma em bileverdina nos casos em que o trânsito intestinal está acelerado, não traduzindo infecção alguma ou perigo maior.

O aspecto das fezes é muito importante, devendo ser observadas sua coloração, presença ou não de muco ou sangue, número de evacuações ao dia e volume. A diarreia pode ser um sinal de infecção grave, principalmente quando acompanhada de febre. É também uma causa importante de desidratação. Qualquer mudança brusca no ritmo intestinal do bebê deve ser comunicada ao pediatra.

## O ÁCIDO ÚRICO

A urina do recém-nascido pode apresentar um tom alaranjado, manchando as fraldas. A mãe, assustada, pode julgar tratar-se de sangue. A razão é a seguinte: nos primeiros dias, a urina contém grande quantidade de uratos e ácido úrico, que originam as manchas nas fraldas. É um fenômeno normal, que passará com os dias e desaparecerá das fraldas quando lavadas com jato de água.

# PROBLEMA NO PÊNIS

O exame do pênis deve ser feito com atenção desde o primeiro dia de vida. Praticamente todos os recém-nascidos do sexo masculino são portadores de fimose, isto é, a pele do prepúcio recobre quase totalmente a glande, deixando apenas uma pequena abertura através da qual se vê a uretra. Portanto, a fimose, desde que o recém-nascido urine sem dificuldade, é normal. Não se deve tentar retrair a pele para trás, pois isto pode lacerar o prepúcio, que, ao cicatrizar, fica de consistência mais dura, dificultando sua abertura pela evolução natural. Esta manobra pode transformar uma fimose fisiológica, isto é, normal, num caso que só pode ser resolvido com cirurgia.

## O surgimento de um pequeno caroço amarelo no pênis

O pênis pode apresentar, quando arregaçado o prepúcio, a pele que recobre a glande, um pequeno nódulo de tonalidade amarelo-alaranjada. Este nódulo é formado por gordura e não tem qualquer significado maior, desaparecendo em semanas ou

poucos meses.

## Hipospadia

É uma pequena anomalia do pênis. A abertura da uretra não está localizada na ponta, e sim na superfície inferior. Admite-se que sua frequência seja de uma criança para trezentas. A única solução é a correção cirúrgica, que deve ser feita em torno de um ano de idade, e mais de uma cirurgia pode ser necessária. A não correção pode acarretar graves problemas psicológicos, quando a criança percebe sua anomalia, além de poder interferir, mais tarde, na sua atividade sexual.

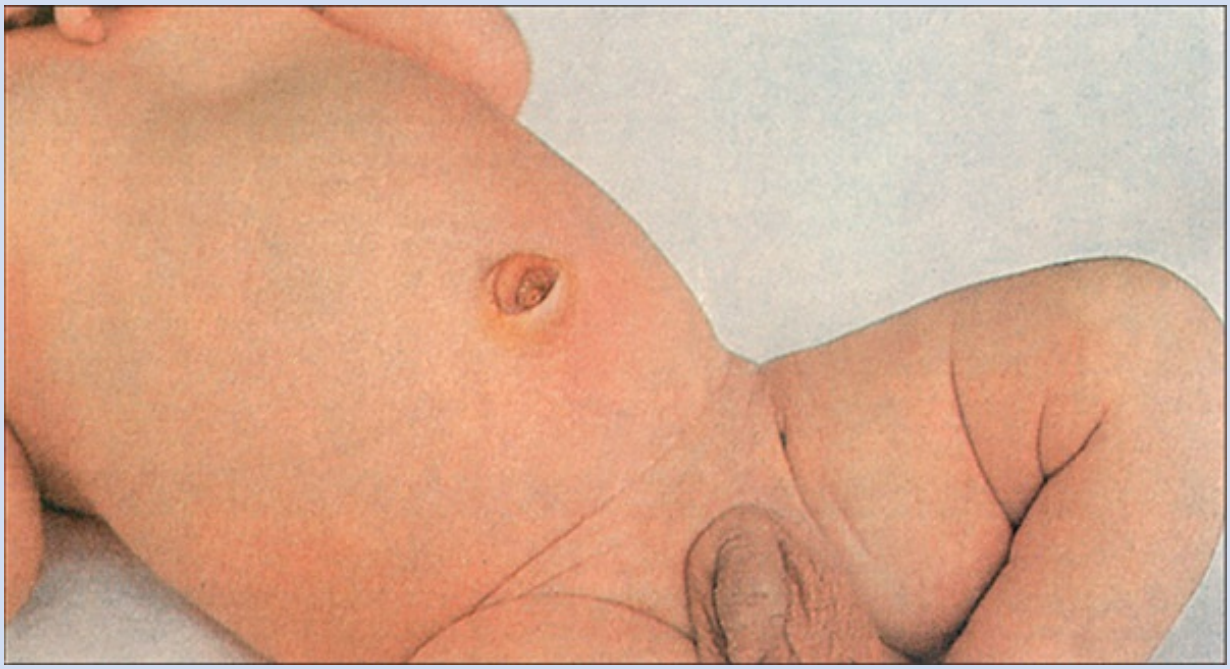
## Epispadia

Ao contrário dos casos de hipospadia, a abertura da uretra está localizada na parte superior do pênis; é uma anomalia muito mais rara (uma criança para 30 mil), e pode vir acompanhada de outras anomalias do aparelho urinário, detalhe que é muito raro na hipospadia. A correção cirúrgica é indispensável para facilitar o exercício do ato sexual.

# Capítulo 9

# A terceira semana

# A terceira semana



*O coto umbilical costuma cair do sétimo dia em diante, habitualmente até o 15º dia.*

O peso continua aumentando, na média de 30g por dia, aproximadamente 200g por semana.

**a)** Aos quinze dias, o coto umbilical deverá ter caído; raramente este fato não se verifica. Sua permanência até esta data não significa nada de anormal. Em

alguns casos, do ponto da cicatriz poderá sair uma secreção com formação de uma carne esponjosa denominada granuloma, que deverá ser tocada uma a duas vezes por dia com nitrato de prata.

**b)** A amamentação continua aumentando a produção de leite, sendo a livre demanda o melhor estímulo; é importante manter a mamada noturna, pois assim se consegue uma maior produção de leite e reduz-se o risco de hipoglicemia, especialmente em bebês de baixo peso ao nascer.

**c)** Na impossibilidade da amamentação deve-se utilizar fórmula infantil adequada à faixa etária, sob orientação do pediatra.

**d)** As fezes serão mais duras e ressecadas quando em alimentação artificial, e mais pastosas na alimentação ao peito. Certos bebês evacuam após cada mamada e outros podem passar dias sem evacuar, principalmente os alimentados com leite materno exclusivo.

**e)** As micções (urina clara) continuam em torno de dez a doze vezes ao dia.

**f)** O vestuário será de acordo com a temperatura ambiente. Não agasalhe o bebê nos dias quentes nem deixe de aquecê-lo quando estiver frio.

**g)** No berço, o bebê já se movimenta mais; alguns podem até ficar de lado.

**h)** O bebê dorme a maior parte do tempo.

**i)** Alguns dias após o nascimento, a criança apresenta-se peluda. Os cabelos crescem em pontas para todos os lados, aparecendo nos supercílios, na região inferior das costas e nos braços, à altura dos ombros. Dentro de poucos dias estes pelos cairão.

**j)** Neste período, o bebê pode sentir necessidade de ficar chupando os dedos e as mãos.

**k)** Por volta do 15º dia, pode surgir um caroço no lado direito ou esquerdo do pescoço. É um caroço duro e indolor, que desaparece dentro de alguns meses. É devido a uma pequena hemorragia de um músculo importante do pescoço (o esternocleidomastoideo), consequente do trabalho de parto, mesmo quando realizado com a mais perfeita técnica. Na maioria dos casos, a cura é espontânea.

**l)** Alguns bebês apresentam nódulos pequenos, do tamanho da cabeça de um alfinete, esbranquiçados, geralmente localizados no nariz ou na face, que se denominam milium. Não têm maior significado e desaparecem em poucos dias.

**m)** A pele já não tem descamação em estado normal.

Certos recém-nascidos apresentam variações na pele das mãos e dos pés, desde a tonalidade vermelho-escura até arroxeada ou azulada, quando a criança chora ou grita por muito tempo. Nos casos de maior intensidade, convém que o médico seja consultado.

**n)** A presença de uma tumefação das mamas do bebê, tanto no sexo masculino como no feminino, atingindo em certos casos considerável volume, é um fenômeno fisiológico do recém-nascido, provocada pelo hormônio materno. Observe, nunca esprema, pois o trauma levará à formação de inflamações e abscessos, que exigirão o emprego de antibióticos ou intervenção cirúrgica.

**o)** Começam a aparecer as lágrimas.

## A ALIMENTAÇÃO

**a)** Alimentação ao peito sob livre demanda, sendo o ritmo miccional e o ganho de peso bons indicadores de que as mamadas estão sendo suficientes.

**b)** Alimentação artificial: somente quando muito necessário, e sempre com orientação do pediatra, pode-se oferecer fórmula infantil de partida (até seis

meses de vida), a cada três horas, seguindo diluição proposta no rótulo (a maior parte é de uma medida padrão rasa para 30ml de água filtrada e fervida). Não se deve adicionar açúcar ou farinhas.

## Ocorrências clínicas dos primeiros meses do bebê

**1)** Choro

**2)** Sono

**3)** Soluço

**4)** Chupeta

**5)** Falta de apetite

**8)** Diarreia

**9)** Prisão de ventre

**10)** Cólica

**11)** Sub e superalimentação

**12)** Sapinho

**15)** Brotoejas

**16)** Eczema

**17)** Seborreia no couro cabeludo

**18)** Dermatites

**19)** Infecções purulentas da pele

**6)** Vômito

**7)** Golfada

**13)** Resfriados

**14)** Assaduras

**20)** Ronqueira

## O CHORO

O bebê não chora para fazer malcriação, mas para nos revelar que alguma coisa o desagrada ou maltrata. A criança chora porque precisa chorar. É o único meio de que ela dispõe para se comunicar com o meio ambiente, já que não fala, sorri ou gesticula. O choro é, indiscutivelmente, a primeira manifestação de inteligência do ser humano. Entretanto, nada de exagero. A criança deve chorar dentro de suas necessidades. Não é aconselhável deixar o bebê chorar desesperadamente por muito tempo. As causas mais frequentes são as seguintes:

### Fome

Nesta idade a criança costuma ter muita fome e mama ao peito com grande frequência, cerca de dez a doze vezes por dia. A mãe pode pensar que o seu leite é fraco e cometer o erro de complementá-lo com a mamadeira. A balança resolverá a situação, pela vigilância da curva ponderal. Na alimentação artificial, no caso de esta conter misturas e proporções inadequadas (por exemplo, leite muito diluído) à idade e ao peso, ele poderá chorar com fome, apesar de ingerir grande quantidade de leite na mamadeira.

## Sede

O leite materno elimina a fome e a sede ao mesmo tempo. Se o bebê mama com frequência o suficiente e está aumentando de peso, não precisa de suplementação de água e nem chás. Isso também não é necessário nas fórmulas infantis que seguem as necessidades nutricionais para o bebê.

## Umidade

Evacuação e emissão de urina, retidas pela fralda, afligem muitos bebês, bastando mudar a fralda para

sossegá-los. Faça a higiene com algodão umidificado com água e use creme preventivo de assaduras.

## Calor e frio

Quarto mal ventilado, janelas fechadas, roupas grossas e apertadas são também motivo de choro. O frio excessivo, em crianças mal agasalhadas, em dias úmidos, chuvosos, igualmente maltrata. Em dias frios deve-se dar preferência aos agasalhos. Se for necessário o uso de cobertas, elas devem ser presas sob o colchão e no máximo na altura do peito para baixo.

## Posição

Não deve ser utilizado o decúbito ventral (bebê deitado de barriga para baixo), pois tem-se evidenciado um maior número de casos de morte súbita nos bebês que dormem nesta posição. A posição que comprovadamente reduz o risco de tal complicação é o decúbito dorsal (bebê deitado de barriga para cima). Não há necessidade de uso de travesseiros.

## Cólicas (gases)

No primeiro mês de vida as cólicas são frequentes, provocando choro muito forte.

## Prurido

É o nome técnico da coceira, observado principalmente nas brotoejas consequentes do calor intenso. Use pasta d'água.

## Dor de ouvido

A otite unilateral ou bilateral deve ser pesquisada. Em certos casos ela pode se manifestar mesmo sem resfriados.

# PELO MODO DE CHORAR É POSSÍVEL RECONHECER O PROBLEMA DO BEBÊ

## O primeiro choro

Ocorre no momento do parto, forte e ativo. Indica a necessidade de se remover as secreções. O bebê chora pela diferença de temperatura e pelo primeiro movimento respiratório, adaptando-se desta maneira à vida fora do calor do útero de sua mãe.

### Choro de fome ou de sede

Dá-se pelo menos uma hora antes da mamada; a criança fecha os olhos e movimenta os pés como se estivesse pedalando uma bicicleta, grita, chupa as mãos. Representa metade dos casos de choro no primeiro mês e vai diminuindo até 30% no sexto mês. Resolve-se com maior cuidado na alimentação.

### Choro de cólica

É muito comum nas primeiras semanas de vida. A criança se estica, fica muito vermelha e chora com vigor. O choro de cólica é cíclico, vindo e desaparecendo.

## O SONO

O sono é mais necessário à criança do que ao adulto. O recém-nascido dorme muito; com trinta dias, dorme 21 horas, ficando acordado somente para mamar e tomar banho. Aos seis meses deve dormir de dezesseis a dezessete horas, pelo menos; acontece, às vezes, de ficar acordado, quieto no berço, não devendo as pessoas tomá-lo ao colo para distrações. No fim do primeiro ano dormirá quinze horas ao todo, sendo doze à noite e três durante o dia. O bebê de tenra idade, submetido a um correto método de vida, acorda de três em três horas, ou de quatro em quatro, para mamar. Depois da mamada, o bebê deve ficar em posição vertical por vinte minutos para evitar regurgitação (golfadas).

## Os bebês que dormem muito

Há bebês que logo ao nascer dormem o tempo todo e não acordam nem para mamar, o que não é normal. São geralmente prematuros (crianças nascidas antes do tempo) ou crianças de baixo peso (as que, nascidas a termo, apresentam menos de 2.500g). A intervenção do especialista é indispensável nestes casos. Partos difíceis em bebês normais podem

acarretar hemorragias cerebrais e a sonolência exagerada pode ser um dos sinais. Bebês normais, quando bem alimentados, também dormem muito.

## Os bebês que dormem pouco

Como há os que dormem demais, há também os que dormem pouco, ficando, apesar de só terem poucos meses de vida, o tempo todo acordados. Neste caso, convém toda cautela, pois trata-se de bebês excitados, necessitando de disciplina por parte dos pais, que não devem tomá-los ao colo por qualquer motivo. Nesta situação, deve-se reorganizar o ambiente do recém-nascido (silêncio, penumbra), favorecendo um sono tranquilo. A fome e as moléstias podem ser motivo da falta de sono: febre (gripe), sífilis, otalgia (dor de ouvido), rinite (corrimento no nariz), alergia ao leite etc. Bebês nascidos de parto demorado, a ferro (fórceps), que foram reanimados, geralmente dormem mal.

# OS SOLUÇOS

Dos sinais e sintomas que o bebê apresenta, o soluço é um dos que mais preocupa os pais. É interessante observar que por mais tempo que o bebê soluce, ele não apresenta qualquer sinal de fadiga ou sofrimento; às vezes o bebê está soluçando e ao mesmo tempo sorrindo, ou então soluçando e adormecendo.

O mecanismo do soluço ainda é discutível, entretanto parece produzir-se por uma contração simultânea e rápida do diafragma (músculo que separa o tórax do abdome) e dos músculos abdominais.

### Tratamento

**1)** Coloque o bebê semiassentado.

**2)** Amamente o bebê.

**3)** Pedaços de algodão molhado na testa e fatias de batata nas têmporas são condutas sem qualquer respaldo científico que segundo a crença popular "dão ótimos resultados".

## A CHUPETA

## A organização mundial da saúde não recomenda

Como mencionado no capítulo 6, a Organização Mundial da Saúde não recomenda o seu uso, que deve ser avaliado pelos responsáveis em termos de prós e contras.

Para o uso da chupeta, toda higiene é pouca. Deve-se fervê-la constantemente, com todo cuidado, sobretudo quando ela cai no chão, e guardá-la em pote fechado quando não estiver em uso. Acreditamos ser um "equipamento de cama", isto é, a ser dado quando o bebê estiver deitado, para sossegá-lo ou ajudar a cair no sono. Deve-se evitar que a criança ande pela casa depois dos dois anos e meio com ela.

Amarrar a chupeta ao pescoço, para evitar que caia, e facilitar a comodidade dos pais, não é aconselhável. Dos dois aos quatro anos, deve-se abolir gradativamente o seu uso, naturalmente, de comum acordo, com explicação por parte dos pais e aceitação da criança. A chupeta não deverá ser usada depois dos cinco anos de idade, porque, além de outros inconvenientes psicológicos, irá interferir nos dentes permanentes; os dentes de leite têm espaço entre eles,

o que não acontece nos dentes permanentes, quando qualquer modificação em sua posição pode prejudicar toda a arcada dentária.

O uso prolongado, vicioso, pode causar o que os dentistas chamam de "mordida aberta", quando os dentes superiores não tocam os inferiores, causando também o rebaixamento da língua, que prejudica a criança nos atos de deglutição e na articulação das palavras.

## Exigências para uma chupeta segura

**a)** Ventilação — ter dois orifícios no protetor plástico, de borracha, para permitir a passagem de ar.

**b)** Ter um protetor grande para evitar que ela seja engolida.

**c)** Teste de durabilidade, fervura e refrigeração para verificar se ela não se desfaz em pedaços depois de ser puxada.

**d)** Deve ter conformação adequada (ortodôntica).

## A hora de dar a chupeta

Em situações extremas poderá ser oferecida ao bebê que se mostra irrequieto, sem sono ou choroso, e que não sossega com o oferecimento do peito ou outros alimentos.

É preferível dar a chupeta a administrar tranquilizantes ou sedativos.

### A hora de tirar a chupeta

Quando a chupeta não acalma o bebê, não aquieta, tranquiliza ou não "chama" o sono, está na hora de tirá-la.

## A PERDA DO APETITE

Das funções exercidas pelo organismo, o apetite tem a preferência e a maior atenção das mães. Neste capítulo analisaremos o referente ao bebê amamentado ao peito ou de modo artificial, deixando o da criança de mais de um ano para outro, por serem bastante diversas as causas e o tratamento. Muitas mães fazem questão de que seu filho mame o maior volume possível de leite, sem indagar a

quantidade realmente necessária para o seu perfeito desenvolvimento. Esse comportamento está vinculado ao conceito errôneo de que o bebê saudável deve ser gordinho, e daí surgem, muitas vezes, erros alimentares graves que resultam em obesidade infantil.

Por estas e outras razões é que o apetite representa indiscutivelmente um fator importante na vida diária do bebê.

## Causa comum da recusa da mamadeira

**a)** Devido ao gosto (ácido, açucarado ou salgado).

**b)** Devido à temperatura (quente, fria ou morna).

**c)** Devido à consistência (fina ou espessa).

**d)** Devido ao orifício do bico (grande, pequeno ou entupido).

**e)** Devido à má posição.

**f)** Devido à deglutição de ar.

**g)** Devido à insistência de grande volume.

**h)** Preferência da colher ao bico.

**i)** Não respeitar a variação do volume ingerido nas diversas mamadeiras do dia.

j) Nervosismo excessivo da mãe.

Crianças amamentadas ao peito basicamente apresentarão recusa devido a erros de técnica de amamentação, o que reforça a superioridade da amamentação ao aleitamento artificial, ou seja, a possibilidade de algo errado, com leite materno, é muito menor.

## Causas mais frequentes da inapetência

Toda vez que é posta ao peito ou lhe é oferecida a mamadeira, a criança deve, em condições normais, apresentar disposição para sugar, desde que se observe, naturalmente, o respectivo horário. Existem ocasiões em que o bebê não quer mamar ou mama pouco. Em primeiro lugar, torna-se mister saber se a inapetência é súbita ou de caráter crônico. Na inapetência súbita, nos caso, em que o bebê vinha se alimentando perfeitamente e, de repente, nega-se a fazê-lo, ou o faz com insuficiência, convém pesquisar a temperatura, pois a febre de qualquer doença (gripe, resfriado etc.) é geralmente a causa. Nas perturbações nutricionais, vômitos e diarreia, o apetite logo diminui, enquanto permanecer o distúrbio. Quando alimentado ao peito, e o bebê se

nega a sugar, é porque ele tem aftas, sapinho ou qualquer outro impedimento, como coriza (corrimento no nariz), que o impede de respirar enquanto mama. No caso de se alimentar com mamadeira, o bico deve ser examinado, para ver se está bem furado etc.

Às vezes convém espaçar o horário, mudar o tipo de fórmula infantil. Na inapetência de caráter crônico, as dificuldades são maiores e as causas mais complexas. Dentre elas destacam-se as doenças neurológicas e psiquiátricas, exigindo todo cuidado por parte do especialista e paciência por parte dos pais. Pode ser também por fundamento de moléstia grave, como tuberculose, sífilis, anemia. Às vezes corre por conta da falta de energia, em bebês com pouco potencial (prematuros, de baixo peso), apresentando capacidades funcionais reduzidas. Em certas épocas do ano as necessidades alimentares diminuem, como acontece no verão, principalmente nas cidades de clima quente, onde as crianças comem menos e bebem mais. A alergia ao leite pode ser mais uma das causas.

Existe um tipo de inapetência que não pode ser catalogado como crônica nem como aguda, e que é transitória. Sem causa aparente, o bebê passa dois,

três ou mais dias com pouco apetite, melhorando, logo em seguida, como se nada tivesse acontecido.

## Conselhos

**a)** A recusa ao alimento pode começar mais facilmente num esquema rígido do que no condescendente, dando as mamadas com intervalos maiores ou menores em pequena quantidade.

**b)** Ao oferecer comida, é tomar ou deixar; e é tudo.

**c)** Seja transigente em harmonia com seu filho.

**d)** Quando ele se negar a abrir a boca para a próxima mamada, não insista.

**e)** Agradá-lo ou bajulá-lo para comer é uma bondade marota (esperteza) que ele perceberá.

**f)** No caso de a mãe se descontrolar quando ele se negar a comer, é conveniente que outra pessoa dê de comer à criança.

**g)** A mãe não deve se mostrar "zangada" pela recusa.

**h)** A mãe deve ser constante, decidida, firme, coerente, descontraída, flexível (enfim, a Mulher-Maravilha!).

# SUB E SUPERALIMENTAÇÃO (COMER POUCO OU DEMAIS)

O objetivo natural do organismo infantil é se desenvolver, e, por isso, a vigilância sobre o peso e a estatura deve ser rigorosa.

Geralmente, quando o bebê não aumenta de peso, é porque ele está mamando pouco, está subalimentado. As mães ficam assustadas só em pensar que o seu bebê está mamando pouco.

As suspeitas de subalimentação têm fundamento nos seguintes sinais: parada no aumento de peso, prisão de ventre, choro e inquietação. Em certos casos de subalimentação, pode-se verificar até diarreia. A desnutrição numa criança de meses é extremamente prejudicial, pois poderá comprometer todo o seu desenvolvimento físico e mental.

Uma vez constatada a subalimentação, é necessário corrigi-la, investigando sua causa. Se a criança é alimentada exclusivamente ao peito e não está ganhando peso, isto pode ser devido a mamadas pouco frequentes. Deve-se, então, recomendar alimentação a intervalos mais curtos, de acordo com a vontade da criança. Deve-se amamentar também durante a noite, uma ou duas vezes.

Inicie a amamentação por um dos peitos, esvazie-o e complete a mamada com o outro, pois o leite posterior (final da mamada em cada peito) é mais rico em gordura.

Durante a amamentação, relaxe, esteja num ambiente tranquilo, para que o leite possa fluir com facilidade.

## Na alimentação artificial pode haver duas hipóteses

A hipoalimentação quantitativa, ou seja, em volume total menor do que o necessário, e a qualitativa, isto é, quando o bebê mama grande volume, mas em diluição malfeita para a sua idade, ou pobre de certos elementos indispensáveis, como gordura, proteínas e vitaminas.

Como há falta de um ou mais elementos, pode haver excesso de um deles, sendo também prejudicial, pois deve existir uma relação equilibrada entre os componentes. Em geral, o que se observa na prática é o abuso da quantidade de farinha na alimentação artificial. Lembrar que as fórmulas infantis não devem ser acrescidas de farinha ou açúcar.

## Superalimentação

Se a hipoalimentação é prejudicial, alimentação em demasia também é. Pode provocar vômitos, diarreia e esgotar a capacidade digestiva do bebê. Além do mais, obesidade não é bom. As mães desejam seus bebês bem-proporcionados, com seu peso de acordo com o tamanho e a idade.

# O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

## Os vômitos

Os vômitos são as devoluções repentinas, mais ou menos profusas, do alimento ingerido. É um sinal que deve ser sempre combatido.

Além de desagradáveis para o bebê, impossibilitam o ganho normal de peso.

Convém não confundir os vômitos com a regurgitação (golfada), que analisaremos em seguida.

São diversas as causas dos vômitos, e, mais frequentemente, destacam-se entre elas as moléstias febris, as neuropatias e os erros alimentares,

acarretando perturbações nutricionais. Quando se verifica um vômito acidental, sem causa aparente e sem repercussão posterior sobre o estado geral, as mães não devem insistir na mamada, e, na refeição seguinte, devem proceder como se nada tivesse acontecido. Mas o vômito que se repete várias vezes ao dia, por vários dias seguidos ou mesmo em dias alternados, é anormal, e requer uma consulta ao pediatra.

Das causas mais frequentes do vômito, a excitação é, talvez, uma das maiores responsáveis, principalmente em bebês hiperativos. Luz exagerada, barulho provocado por visitas etc., enfim, muita "folia", às vezes isso é o suficiente para produzir o vômito; o sossego e as diversões bem dosadas corrigem o distúrbio. É comum os bebês vomitarem após a tosse, mesmo sem ter coqueluche, e basta apenas um "engasgo" para a devolução da refeição. Existem ainda situações em que bebês maiores provocam os vômitos para "assustar" os pais, quando contrariados.

A terapêutica de casa não deve ir além de certos limites. Verifique se a disciplina não foi transgredida, se o horário continua correto. Pesquise se o bebê tem febre etc. No caso de usar alimentação artificial, apure

se a mamadeira foi bem-feita; não confie esta tarefa a terceiros! Quanto aos bebês que são dados a vômitos, convém elevar a cabeceira do berço para prevenir possíveis complicações.

## Estenose hipertrófica do piloro

Piloro é o orifício de comunicação do estômago com o intestino delgado. Em alguns recém-nascidos, por motivos ainda não bem definidos, se processa uma hipertrofia dos músculos da parte do estômago próximo ao piloro (antropiloro), hipertrofia esta que ao se contrair dificulta a passagem do leite para o intestino. A consequência são os vômitos, que se apresentam geralmente depois do 15º dia de vida, em jatos, sem enjoos, náuseas ou qualquer sinal de sofrimento ou mal-estar do bebê, que deseja se alimentar logo após o esvaziamento do estômago. O exame de imagem confirma o diagnóstico e a intervenção cirúrgica é a indicação para a cura completa. O problema é mais frequente em meninos, cinco vezes mais do que em meninas. Não ficou provada até o momento qualquer tendência familiar.

# A REGURGITAÇÃO (GOLFADAS)

A regurgitação é a devolução do alimento, sem esforço, logo em seguida à mamada. O bebê não apresenta sofrimento algum, e o leite desce pelo canto da boca (comissuras labiais) silenciosamente. Devido à falta de funcionamento perfeito do sistema de obliteração (esfíncter), que se localiza entre o esôfago e o estômago, esta insuficiência é observada nos primeiros dias de vida, regularizando-se em seguida. A regurgitação já não impressiona as mães, e, na Europa, corre um ditado: "Bebê que regurgita é bebê que engorda." A regurgitação desaparece normalmente aos seis meses. Só regurgitam os que mamam bem. Para alguns, é causada pelo excesso de leite, que o estômago já não comporta, devolvendo-o nas suas primeiras contrações; para outros, o bebê, com o leite, engole porções de ar, que facilitam a regurgitação. As crianças têm facilidade para isto, porque a posição do seu estômago é vertical e não oblíqua, como no adulto, no qual a curvatura protege melhor o bolo alimentar. O melhor jeito de evitar o problema é dar à criança a quantidade certa de alimento e em horário conveniente. Uma boa prática é colocar o bebê no colo em posição vertical, por

vinte minutos, logo após a mamada, para que as eructações (arrotos) se processem sem prejudicar o começo da digestão.

## O REFLUXO GASTROESOFÁGICO

O refluxo se caracteriza pela volta do conteúdo do estômago para o esôfago e às vezes até a boca, com vômitos ou aspiração para o pulmão, o que acarreta pneumonias e outros problemas respiratórios.

Existe um refluxo que é dito fisiológico, normal, e outro chamado patológico.

Quando o refluxo se mantém por muitos meses após o nascimento, ou quando acontece com muita frequência, principalmente com a criança deitada, o pediatra deverá ser comunicado.

Algumas medidas poderão ser tomadas até que o pediatra oriente o caso. Deve-se colocar as crianças de pé no colo após as mamadas e deitá-las no berço com a cabeceira mais elevada do que os pés.

A tendência do refluxo é se resolver com o tempo, mas o acompanhamento por um pediatra é necessário.

# A DIARREIA

A evacuação normal é de fezes aquosas, de tom amarelo-ouro e cheiro ácido, duas a quatro vezes por dia. Entende-se por diarreia a evacuação frequente, mais ou menos líquida, havendo todas as variações possíveis em número e em aspecto.

Há bebês que evacuam logo após a alimentação nos primeiros dois meses. Há evacuações não líquidas e nem eliminadas com frequência: são grumosas, de cor esverdeada ou escura e malcheirosas, dispépticas. Existem outras com pus, sangue e gleras (idênticas à clara de ovo), que são as disentéricas.

Na questão de diarreias, dois fatores orientam o raciocínio:

**1)** A alimentação em vigor.

**2)** O estado geral da criança. Quando o bebê é alimentado ao peito, a diarreia é sempre benigna, e só excepcionalmente, mas muito excepcionalmente, grave. Já com a alimentação artificial, o caso é diferente. Toda diarreia em criança com alimentação artificial, exclusiva ou mista deve ser considerada com rigor. Quanto menor for sua idade maior deve ser a precupação.

O estado geral do bebê é mais importante do que o aspecto das fezes. A diarreia, que compromete o estado geral da criança, abatendo-a, deixando-a caidinha, é sempre grave, embora a frequência e o aspecto das fezes possam parecer o melhor possível, com ausência de sangue, catarro etc. E, ao contrário, quando as crianças se mantêm alegres e bem-dispostas, apesar da diarreia e do mau aspecto, tudo promete correr da melhor maneira possível.

Diarreia dos recém-nascidos: pode ser produzida por superalimentação, bastando aumentar os intervalos (de três em três horas, passar a quatro em quatro horas) para corrigi-la. Uma modalidade de diarreia observada devida à intolerância ao leite ou mesmo à farinha adicionada. Tudo pode estar correto: alimentação, horário, estilo de vida etc... e, no entanto, a criança apresentar diarreia. A eventualidade de a diarreia ser provocada por uma infecção deve ser considerada. A curva de peso ajudará a esclarecer o caso.

Na alimentação artificial: quando se verificar diarreia, isto é, evacuações mais frequentes que nos dias anteriores e líquidas, ou semilíquidas, a mãe deverá oferecer soro hidratante, cerca de 50ml para cada evacuação, ou mais, se a criança aceitar. Existem

preparações comerciais equivalentes ao soro da Organização Mundial da Saúde. O soro hidratante recomendado pela OMS é distribuído pelos serviços de saúde, diluindo-se um pacotinho em um litro de água. Para as crianças sem desidratação, pode-se lançar mão do soro caseiro: um copo de água filtrada e fervida, duas medidas de açúcar e uma medida de sal.

## A diarreia verde

A diarreia verde é grandemente temida pelas mães e, no entanto, é das mais benignas. Sua cor verde é devido à bile, observada nos casos em que o trânsito intestinal está aumentando, não traduzindo infecção alguma ou perigo maior. Catarro nas fezes é sinal de inflamação intestinal.

O médico deve ser comunicado. As evacuações expostas ao ar podem ficar verdes, mas este fato não tem qualquer importância.

Pequenas estrias de sangue vivo, nas fezes, sem diarreias e febre, são geralmente provocadas por rachaduras do ânus (fissuras).

Alguns bebês evacuam todas as vezes que mamam devido ao reflexo gastrocólico exaltado. De maneira

geral não necessita de tratamento.

## A CONSTIPAÇÃO (PRISÃO DE VENTRE)

A prisão de ventre é relativamente frequente no primeiro mês de vida, não apresentando perigo imediato. Diante de um caso desta natureza, temos de atentar a dois fatores: a idade e o regime alimentar.

### Causas

O bebê que, nos primeiros meses de vida, alimentado ao peito, apresenta prisão de ventre necessita das seguintes avaliações: em primeiro lugar, verifique se o ganho de peso está sendo normal; se o bebê não estiver hipoalimentado, a prisão de ventre será consequência do melhor aproveitamento de leite materno pelo organismo, que o assimila quase totalmente, não deixando resíduos no intestino para a formação de fezes, acarretando, forçosamente, a "prisão de ventre". De modo contrário, se quando alimentado ao peito ele não engorda e tem "prisão de ventre", o caso é claro: a criança tem fome e a

quantidade de leite que suga não lhe é suficiente. Aumentar a frequência das mamadas estimula a produção láctea e o aumento da ingestão resultará num ritmo intestinal normal.

O termo prisão de ventre está entre aspas, pois não se trata realmente de prisão de ventre, já que há maior espaço nas eliminações das fezes, mas elas não estão duras ou ressecadas.

## Tratamento

Deve-se tolerar as evacuações com intervalo maior em crianças amamentadas ao peito, visto que é normal que elas evacuem várias vezes ao dia e também fiquem alguns dias sem evacuar.

Na hipótese de o bebê ser alimentado com fórmula artificial, deve-se tentar outras opções vendidas no mercado quando uma marca causa constipação.

Se o bebê tem mais de seis meses, é mais fácil curá-lo, pois ele já come frutas e papas de legumes, o que permite maior conteúdo de fibras na alimentação.

Purgantes ou clisteres devem ser evitados ao máximo, e administrados somente com autorização do pediatra. Os supositórios são preferíveis aos

purgantes e clisteres; está indicado o supositório de glicerina simples para crianças pequenas, porém siga a orientação do pediatra.

As fezes ressecadas podem ferir o ânus, e laivos de sangue podem aparecer nas evacuações. Assim, o pediatra deve ser consultado para orientar o tratamento, pois, havendo defecações dolorosas, o bebê automaticamente retém as fezes, o que pode acarretar distúrbios mais sérios.

O ideal contra a prisão de ventre é corrigi-la com regimes alimentares adequados, de acordo com a idade do bebê.

## A CÓLICA DOS TRÊS PRIMEIROS MESES

Geralmente ela se inicia dez dias após o parto, começando à tarde ou à noite, e pela manhã a criança se apresenta calma. A cólica do bebê não tem uma única causa e, portanto, não se pode fazer a mesma medicação para todos. Tanto que ela passa com os mais variados recursos: gotas antiespasmódicas, virar a criança de bruços, compressa morna sobre a barriga, mudança de leite (quando não está sendo

alimentada com leite materno exclusivo) e o clássico embalo.

## Causas

Não há causas comprovadas para as cólicas, apenas hipóteses, como intolerância à lactose ou à proteína do leite de vaca (nas crianças em aleitamento artificial), imaturidade na absorção de carboidratos, alterações na motilidade intestinal ou na microflora, erros de técnica de amamentação associados à ingestão elevada de ar, exposição pré e pós-natal ao tabaco. Há também possíveis mecanismos psicossociais envolvidos, como mecanismos inatos relacionados com o temperamento e alterações comportamentais dos pais que levariam à hiperexcitabilidade no recém-nascido.

Deve-se pensar em causas comuns de choro na criança que não as cólicas, como fome, frio, calor, necessidade afetiva, fralda suja, antes de se atribuir todo choro às cólicas.

## Como evitá-las

Em muitos casos é possível evitar que o bebê tenha cólicas nos três primeiros meses de vida. É aconselhável manter o intervalo dos horários das refeições, tanto na alimentação natural como na artificial, a fim de evitar que o estômago esteja cheio ao receber a refeição seguinte. Na alimentação com leite materno, a subalimentação (o estômago vazio se contrai imediatamente) é responsável em muitos casos. Na alimentação artificial, evite que as mamadeiras estejam mal preparadas. Não dê leite integral e farinhas. Deve-se observar que o bico esteja furado em condições normais (ver link), e que a mamadeira seja dada em boa posição. A temperatura do alimento a ser oferecido deve ser igual à temperatura do corpo, devendo-se também observar se o bebê não está engolindo ar durante a mamada; neste caso, é aconselhável interromper a mamada ou, depois de terminada, colocar o bebê de pé, no ombro da mãe, para arrotar. A falta de disciplina com a vida do bebê, com excesso de passeios, rádio e televisão altos, muito falatório poderão excitá-lo, desencadeando as crises de choro.

Nos casos de cólica mantenha o bebê ao colo o tempo que você puder, até que ele melhore. Isto não vai “estragá-lo”.

As providências a serem tomadas, e que devem ser tentadas, são de natureza diversa, assim catalogadas:

## Mecânicas

**a)** Coloque o bebê de pé, ao colo, dando tapinhas leves em suas costas, durante cinco minutos.

**b)** Coloque uma flanela aquecida no seu abdome, ou faça massagens leves com substâncias oleosas ligeiramente aquecidas.

**c)** Banho morno, massagens, ambiente calmo e tranquilo.

## Alimentares

**a)** Troque o tipo de fórmula, se estiver usando alimentação artificial, e se possível faça um teste de uma semana com uma fórmula hipoalergênica, que deverá ser mantida em caso de melhora.

**b)** A ingestão de bebidas alcoólicas pela mãe pode também provocar cólicas e mal-estar no bebê.

**c)** A exclusão do leite de vaca e derivados da dieta materna poderá ser benéfica nos casos de mães

alérgicas ou bebês com sintomas de alergia ao leite de vaca.

**d)** Uso de mamadeiras que reduzam a ingestão de ar nos casos de crianças não amamentadas ao peito.

### Médicas

**a)** Uso de dimeticona ou simeticona e analgésicos sob orientação médica.

**b)** Para os bebês notadamente alérgicos, com manifestações cutâneas (urticária, eczema, estrófulos) ou digestivas, está indicado o uso de fórmula hidrolisada.

**c)** Se a cólica do bebê permanecer após os três meses de idade, o pediatra deverá investigar possíveis diagnósticos diferenciais.

## A CANDIDOSE (CANDIDÍASE, SAPINHO, MONILÍASE)

O "sapinho" é caracterizado por um pontilhado branco, parecendo um grumo de leite coalhado, às

vezes esparso e outras vezes abundante. Localiza-se na língua e na face interna das bochechas (face geniana). É doloroso, impedindo o bebê de sugar o peito e a mamadeira, e produzido por um fungo, a *Candida albicans*, daí seu nome técnico, candidíase ou candidose. Quando muito abundante, pode descer pela faringe, atingir as cordas vocais da laringe e deixar o bebê rouco, pensando muitas mães que se trata de um crupe (laringite).

## Causas

Entre elas destacam-se quatro: primeira, crianças prematuras ou de baixo peso; segunda, distúrbios nutricionais, acarretando desidratação (perda de água); terceira, falta de higiene: bicos de mamadeira e de chupeta e colheres não fervidos; quarta, uso de antibióticos. O sapinho é mais frequente no primeiro mês devido à escassa secreção das glândulas salivares neste período, sendo consequência lógica o aumento da acidez da boca e a secura da mucosa. Mais tarde, poderá verificar-se nos distúrbios digestivos, vômitos, diarreia etc. Nestas eventualidades não é bom o prognóstico.

### Tratamento

O tratamento é feito com antifúngicos, especialmente nistatina solução oral, conforme prescrição médica. O mel rosado, muitas vezes usado, só servirá para agravar a situação, sendo condenado seu uso.

## RESFRIADO E GRIPE

Por *resfriado* entende-se uma série de perturbações mórbidas, que vão desde um simples corrimento no nariz (coriza), bronquite, até mesmo à pneumonia. O tipo comum, do qual falaremos, é acompanhado de coriza, verificável desde o primeiro dia, e pode ser muito preocupante, além de maltratar a criança. Pode acarretar febre, com todos os seus inconvenientes (diarreia, inapetência), dificultar a respiração normal, pela obstrução das fossas nasais, impedindo o ato de mamar pela sufocação provocada.

O resfriado deve ser evitado o máximo possível devido às suas consequências, sendo geralmente responsável por complicações futuras, como

bronquites, otites e pneumonias.

A gripe, doença infecciosa e contagiosa provocada pelo vírus influenza, causa um quadro clínico mais grave e exuberante, com maior possibilidade de complicar.

## Como evitar o resfriado e a gripe

Como toda moléstia infecciosa, o processo de infecção é o contágio. Estando uma pessoa com gripe ou resfriada, ela não deve se aproximar do berço do bebê, muito menos segurá-lo ou debruçar-se sobre o mesmo para falar. Caso seja impossível evitar o contato, a pessoa deverá desviar sua face da criança, ou simplesmente colocar uma máscara no rosto. Outra medida importante é lavar as mãos antes de segurar o bebê. Evite aglomerações, cerimônias religiosas, aniversários.

No caso da gripe, é importante que todos os que tiveram contato com o bebê estejam vacinados contra a gripe.

## A bronquiolite

Geralmente ao resfriado segue-se a tosse, muitas vezes um sintoma de uma infecção viral das vias aéreas inferiores potencialmente grave, a bronquiolite (ver link).

Toda tosse que vier acompanhada de febre ou dificuldade para respirar merece atenção e exige a imediata intervenção do pediatra, não devendo a mãe tentar tratá-la com xaropes etc. O remédio deverá ser prescrito pelo pediatra, e irá variar de acordo com a idade e o estado pulmonar do bebê.

### A bronquiolite é de evolução mais lenta do que o resfriado

De cinco a quinze dias, e não sabendo a criança expectorar, ela acaba deglutindo a secreção das vias aéreas, que passa ao estômago e aos intestinos. A terapêutica materna não deve ir além da desobstrução do nariz e do uso de um antitérmico. O uso de outros medicamentos, especialmente dos antibióticos, deve ser orientado pelo médico.

## AS DOENÇAS DE PELE

A pele do bebê é muito frágil, muito sensível a diversos fatores, provocando manifestações clínicas. Cuidar da pele da criança é tão importante como tratar de qualquer órgão, como os pulmões e o fígado. Citaremos as manifestações clínicas mais comuns nos primeiros anos de vida, especialmente no bebê. Outras doenças de pele estão descritas aqui.

1) Assaduras (dermatite da fralda) — ver link
2) Brotoejas
3) Eczemas (nos seus diferentes tipos):
   a) eczema infantil (dermatite atópica)
   b) dermatite seborreica (do couro cabeludo)
   c) dermatite de contato
   d) dermatite bacteriana
   e) dermatite micótica

## AS BROTOEJAS

A pele da criança é bastante sensível ao calor e à falta de ventilação, e também ao contato com certos tecidos, como os à base de náilon, seda ou lã, que causam o surgimento de um eritema que é muito

incômodo devido ao seu prurido (coceira), deixando o bebê irritado e sem conseguir dormir. O maior perigo das brotoejas é a possibilidade de se infectar pelo estafilococo ou estreptococo (impetigo).

Elas costumam ser precipitadas pelo uso excessivo de roupas, exposições demoradas ao sol, banhos quentes prolongados, surtos febris, uso de substâncias químicas que contenham óleo, deitar o bebê diretamente sobre um impermeável de plástico ou de borracha, ambiente quente e úmido. Sua maior incidência é nas primeiras semanas de vida, embora possa ser observada em qualquer idade.

Para evitar os casos de brotoejas, deve-se manter o bebê num local fresco e ventilado, com roupas leves, e evitar plásticos ou tecidos impermeáveis sobre sua cama. O uso de uma esteirinha, entre o lençol e o impermeável, é aconselhado. O ar-condicionado é um excelente recurso para evitar as brotoejas. O tratamento consiste em dois ou três banhos por dia e na aplicação da célebre pasta d'água. Também podem ser usados, para o alívio dos sinais e sintomas, óxido de zinco e cetrimida; caso o prurido seja muito intenso, creme com corticosteroides (apenas sob prescrição pediátrica).

# O ECZEMA

É uma irritação da pele que apresenta vermelhidão áspera, úmida, seca ou escamosa, com formação ou não de pequenas vesículas (bolhas).

O bebê que apresentar manifestações alérgicas da pele, como eczema ou eritema, deverá ser tratado com maior atenção. A finalidade é evitar infecções das lesões ou o seu agravamento por agentes físicos ou químicos, sol, roupas de lã, flanela ou sintéticos, náilon, dácron e tergal, que deverão ser sempre evitados. Só os tecidos de algodão são inofensivos. Os estafilococos e estreptococos podem, através do beijo e pelas mãos, estabelecer a contaminação. A sarna de cães e gatos e outras eventualidades devem ser consideradas. Terra de jardins, parques e praias não deve entrar em contato com a pele do bebê que apresentar qualquer tipo de lesão. Levar ao colo um bebê que apresenta irritação na pele do rosto ou das pernas exige também cuidado especial. A pessoa não deverá estar usando os tipos de tecidos já citados, pois o contato poderá desencadear o eczema. É aconselhável colocar entre a criança e a pessoa uma fralda ou um pequeno lençol de algodão puro.

De modo geral, são admitidos alguns tipos de

eczemas, que apresentam causas, evolução e tratamento próprios.

## A DERMATITE ATÓPICA (ECZEMA INFANTIL)

O denominado eczema infantil divide com a asma a maior parte da importância dos fenômenos alérgicos. A lesão é caracterizada por pápulas (nódulos) e vesículas (bolinhas) sobre uma base eritematosa (vermelha). As lesões localizam-se principalmente na face, podendo evoluir para um eczema extenso, vermelho, que exsuda abundantemente, e uma vez constatado é de tratamento difícil. Outras áreas atingidas são as dobras das pernas e dos braços.

Há acentuada tendência familiar, manifestada por diversas formas de alergia: asma, colite, eczemas, rinites (nariz entupido ou espirros constantes), manifestações também de tratamento difícil para os pais. Ao contrário da bronquite asmática, o eczema tem forte tendência a desaparecer entre os dois e três anos de idade. A dermatite atópica raramente aparece antes dos três meses de idade e tem como sinal básico

um intenso prurido (coceira). O bebê costuma se apresentar magro e inquieto.

Contudo, o eczema pode persistir além dos cinco ou seis anos. A criança poderá apresentar asma ou rinite alérgica, entupimento ou corrimento constante do nariz.

Os fatores capazes de agravar o eczema atópico ou eczema infantil podem ser catalogados na seguinte forma:

**a)** Calor.

**b)** Frio.

**c)** Mudanças rápidas de temperatura.

**d)** Transpiração.

**e)** Certos alimentos.

**f)** Tecidos como lã, seda, náilon, dácron e tergal.

**g)** Fatores emocionais.

## Tratamento

Deve-se dar especial atenção aos cuidados gerais com a pele, como evitar banhos demorados e muito quentes, uso de sabonete várias vezes ao dia (reduz a oleosidade natural da pele), preferência para os

sabonetes com hidratante, e, de modo fundamental, utilizar hidratantes indicados pelo médico para evitar que a pele fique ressecada.

A coceira pode ser tratada com anti-histamínicos, e o uso de cremes de corticoide completam o tratamento medicamentoso da maior parte dos casos, mas siga a orientação do pediatra.

O uso de dietas restrititivas deve ser indicado para casos graves e selecionados sob orientação do médico e do nutricionista.

## DERMATITE SEBORREICA (DO COURO CABELUDO)

O ponto de partida de quase todos os eczemas seborreicos é o couro cabeludo. É a denominada seborreia do couro cabeludo. Aparece nas primeiras semanas de vida do bebê, com manifestações inflamatórias de cor avermelhada, escamosa, no couro cabeludo e nas sobrancelhas. Lesões concomitantes nas dobras das pernas e dos braços podem aparecer, sendo, porém, mais frequentes na dermatite já relatada. A seborreia do couro cabeludo se apresenta

em escamas, brancas e apenas moderadamente seborreicas; vão provocando, em outros casos, gradativamente, a perda de cabelos.

A dermatite seborreica aparece geralmente antes dos três meses, não depois de um ano. Ao contrário da dermatite atópica, não apresenta coceira, prurido, e o bebê não se sente irritado, porém calmo, tendo maior tendência a engordar do que a emagrecer. Estas manifestações costumam desaparecer antes de o bebê completar seu primeiro ano de vida. Eventualmente pode haver uma infecção secundária, com pústulas (bolhas de pus) e crostas amareladas com secreção. Em alguns casos pode-se disseminar por todo o corpo, necessitando de avaliação clínica e uso de corticoides.

## Tratamento

Crostas podem ser removidas após aplicação prévia de óleo mineral ou vaselina salicilada. Xampus à base de piritionato de zinco e sulfeto de selênio são indicados. Cremes de esteroides tópicos estão indicadas para lesões mais avermelhadas.

# DERMATITE DE CONTATO

Também chamada de eczema de contato, é o tipo mais alérgico e praticamente inexistente no primeiro ano de vida. Daí em diante, é cada vez mais frequente. Deve ser cogitado como causa o uso local de pomadas contendo agentes antibacterianos ativos, como a neomicina, as nitrofurazonas, as sulfas e as penicilinas. Também há causas mais raras, mas que não devem ser desprezadas, como reações a desinfetantes, perfumes e detergentes. A maioria dos eczemas não tem localização típica, surgindo no local da aplicação ou na área de exposição ao agente alergênico (causa provocadora). A sensibilização a corantes e acabamentos de tecidos não é frequente em crianças, restando assinalar as possibilidades de alergia ao couro de sapatos, no caso de eczemas crônicos nos pés.

Os perfumes podem também escurecer a pele de algumas crianças, geralmente de modo linear. Este escurecimento costuma passar espontaneamente dentro de um ou dois meses.

## DERMATITE BACTERIANA

É o denominado eczema microbiano, causado por infecções produzidas por bactérias. Para alguns especialistas não é uma manifestação própria, seriam manifestações ao redor de focos purulentos, provocados especialmente pelos estafilococos. Em alguns casos trata-se de uma dermatite infectada.

## DERMATITE MICÓTICA

É o eczema causado por fungos. A monília, que é o mesmo parasita que causa o "sapinho", pode provocar este eczema ao redor do umbigo, do ânus, da boca, dos ouvidos, sendo de coloração vermelho-viva, com bordas bem delineadas e praticamente sem causar coceira. Acomete as crianças durante o primeiro mês de vida, comumente ao saírem da maternidade. Estas deverão ser tratadas com pomadas antimicóticas, associadas ou não à cortisona (ver Micose, link 1 e link 2).

## INFECÇÕES PURULENTAS DA PELE

Nos recém-nascidos são muito graves, devido às suas possíveis consequências (septicemia, osteomielite, pneumonia). A assistência médica é indispensável. O uso imediato de antibiótico injetável é indicado.

## FUNGOR NASAL (RONQUEIRA)

Manifestações bem frequentes, no bebê, nos primeiros meses de vida, popularmente chamadas de ronqueira, e pelos médicos de fungor nasal, são os ruídos que o bebê emite ao respirar pelo nariz.

Às vezes esta dificuldade respiratória chega a ponto de deixar o bebê sufocado, visto que o recém-nascido respira exclusivamente pela boca, ou, em outras situações, dificultar sua alimentação.

O que há de particular nesta manifestação é que, na maioria das vezes, assim como surge, ela desaparece sem qualquer intervenção.

Esta manifestação não é causada por alguma infecção; não deve necessariamente estar associada a

um resfriado, pois não costuma haver coriza; geralmente apresenta-se seca. Geralmente está associada à penetração de partículas suspensas no ar na cavidade nasal, resultando em edema (inchaço) de sua mucosa, prejudicando a passagem do ar.

Devemos lembrar que o nariz da criança é pequeno, o que facilita o entupimento (o nariz só cresce na adolescência, o que explica ser difícil encontrar uma criança nariguda).

O uso de gotas nasais desobstrutivas ou antissépticas é de efeito transitório e pouco útil. O uso da solução de cloreto de sódio (soro fisiológico) ou soluções comerciais (ver link) para limpeza das cavidades nasais pode ser útil.

*Um bebê alimentado corretamente geralmente é mais tranquilo.*

# Capítulo 10

# A quarta semana

# A quarta semana

*Com quatro semanas o bebê já não é tão frágil como ao nascer.*

**a)** O peso do bebê continuará a aumentar; em média, 30g por dia. Nestas condições ele terá, pela quarta semana de vida, 900g a mais do que seu peso ao nascimento.

**b)** A oferta de líquidos dependerá da temperatura ambiente, não sendo necessário dar líquido quando a criança for alimentada exclusivamente ao peito.

**c)** A imunidade do recém-nascido é incompleta, e aos poucos ele vai reforçando suas defesas. A natureza prevê esta imaturidade da criança pequena, protegendo-a com anticorpos que lhe são transmitidos pela placenta durante a gravidez. Estes anticorpos persistem durante muitos meses após o nascimento, embora em quantidade cada vez menor. Outra grande defesa é constituída pelo leite materno, essencial nesta fase vulnerável do ser humano. As vacinas, criadas pelo homem, são outro meio importantíssimo de proteção. É prudente, durante os primeiros meses de vida, limitar os contatos do bebê com outras pessoas, principalmente com pessoas resfriadas ou gripadas.

**d)** O recém-nascido executa movimentos nítidos: enruga a testa, contrai as pálpebras, movimenta a boca, dilata as narinas, boceja, chora quando provocado, move a cabeça de um lado para outro, estica os braços e as pernas, movimenta os dedos das mãos e dos pés.

**e)** Desde a primeira semana, o recém-nascido apresenta três reflexos perfeitamente nítidos: o dos

braços, conhecido por reflexo de Moro: quando é submetido a um ruído muito forte, ou bruscamente movimentado, joga os braços e as pernas para a frente, lembrando o movimento efetuado pelo sapo. Este reflexo desaparece no terceiro ou quarto mês de vida, sendo anormal sua presença a partir desta idade; reflexo de preensão, quando a palma da mão do recém-nascido é tocada com um lápis e os dedos se fecham sobre ele. Este reflexo desaparece ao terceiro ou quarto mês de idade; reflexo de sucção: colocando na boca um bico de mamadeira ou chupeta, o recém-nascido imediatamente começa a sugá-lo.

**f)** Espinhas aparecem no rosto do bebê, provocadas pelas glândulas oleosas da pele, que são estimuladas pelo hormônio materno. Esta condição pode piorar se o bebê dorme em lençóis lavados com detergente ou em lençóis de tecido áspero ou sujos pelo leite que ele cuspiu.

## A ALIMENTAÇÃO

**a)** Recomenda-se a alimentação ao peito, sob livre demanda. Algumas crianças mamam de duas em

duas horas, outras de hora em hora e outras de três em três horas, de 90ml a 100ml de cada vez. O peito dá plena conta do recado.

**b)** Se a mãe não conseguir amamentar, ela poderá (devidamente orientada pelo pediatra) fazer uso de fórmula infantil própria para a idade, como o NAN 1, Aptamil 1, não fazendo uso de leite de vaca *in natura* ou em pó. As crianças amamentadas com fórmulas infantis devem receber água em intervalos. Estas crianças devem ser avaliadas pelo pediatra.

## O EMBALO

Ninar o bebê, balançando-o suavemente, para alguns pediatras é um engodo, podendo ocorrer uma estimulação do labirinto.

Esta é uma das primeiras excitações percebidas pelo bebê e fornece-lhe uma satisfação em todo o corpo. Alguns especialistas admitem que a pele das costas do bebê é uma região difusa de prazer. O embalo proporciona, segundo os seguidores de Freud, uma satisfação sexual que envolve todo o corpo, situação relacionada com o narcisismo e com o

egoísmo do bebê. Tem sido observada uma volta à prática de se utilizar a cadeira de balanço para embalar o bebê, sobretudo quando ele chora sem haver causa aparente.

Entretanto, é bom não esquecer que as satisfações sensoriais motoras são alucinatórias, com privação da razão e do entendimento, e o embalo exagerado e demorado do bebê é capaz de, com o tempo, torná-lo inquieto e desorientado.

## VIAJANDO COM O BEBÊ

Conselhos para evitar enjoos em viagens:

**a)** As viagens devem ser realizadas na cadeirinha própria para a idade, bem fixada e com o bebê se sentindo confortável.

**b)** Os adultos não devem fumar.

**c)** Não comece a viagem logo após a refeição; deixe a criança brincar por meia hora antes da partida; se amamentada ao peito, deixe-a em pé vinte minutos antes da partida.

**d)** Não faça curvas em velocidade.

**e)** Se a viagem for longa, pare para descansar a cada uma hora e meia a duas horas por dez minutos, pelo menos.

**f)** Tenha água gelada para oferecer, se a criança pedir. Os bebês que se alimentam com leite materno exclusivo não precisam beber água.

## O BEBÊ E O AUTOMÓVEL

Desde a alta da maternidade, o bebê recém-nascido deve ser transportado em assento de segurança apropriado, no banco traseiro do veículo, virado de costas para a direção do deslocamento do veículo, como consta da nossa legislação. No nosso país tem-se a cultura de que ao sair da maternidade o recém-nascido deve viajar no colo da mãe. Porém, desde setembro de 2010, vigora no Brasil a Resolução nº 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), segundo a qual, para transitar em veículos automotores, menores de dez anos devem ser transportados nos bancos traseiros, usando individualmente um dispositivo de retenção apropriado para as sua idade. A desobediência a essa

resolução configura infração gravíssima, com multa e retenção do veículo até que a irregularidade seja sanada.

Essa lei foi criada depois de um acidente de trânsito com sérias consequências. Com o bebê no colo, a mãe, no momento do choque, não terá condições de segurá-lo com eficiência e ele poderá ser lançado fora dos seus braços; ou poderá ocorrer que ela mesma o esmague com seu próprio corpo devido à batida. Além disso, o bebê não terá proteção no pescoço, que ainda não apresenta sustentação. Por esse motivo, a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Conselho Nacional de Trânsito tornaram obrigatório o uso do dispositivo de segurança, no caso do recém-nascido, o bebê-conforto.

Os modelos de bebê-conforto devem ser certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), seguindo a Norma Técnica NBR 14.400, que obriga os fabricantes a cumprirem as especificações de segurança. Para mais informações, acesse o site do Inmetro:
http://www.inmetro.gov.br/prodcert/produtos/busca
No item “classe de produto”, selecione “dispositivo

de retenção para crianças" e a seguir em "buscar", e abre-se o menu completo dos modelos certificados até o momento, entre nacionais e importados.

*Os bebês e as crianças devem ser sempre colocados na cadeirinha, no banco de trás do carro, virados de costas para a frente do carro.*

A instalação do bebê-conforto deve ser feita segundo o manual de instrução do material e não por conta própria do pai, pois todos os detalhes que podem passar despercebidos sem o manual de instrução podem ser essenciais para a segurança do bebê. Deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferencialmente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança de três pontos.

Para testar a fixação efetiva dobre uma perna e apoie o joelho em seu assento e puxe com força. Revise periodicamente para observar afrouxamento ou desconexão do equipamento.

Leve o bebê ainda dormindo, iniciando a viagem bem cedo pela manhã, a fim de evitar o sol ou o calor mais forte. O interior do automóvel deve ser habilmente ventilado, evitando o confinamento ou ventilação exagerada.

Para os bebês mais difíceis, os pais podem pedir ao pediatra medicamento contra vômitos ou antivertiginosos, contra dores de cabeça e tonteiras.

## A cadeirinha do bebê deverá ter as seguintes características

**a)** Altura suficiente para a cabeça.

**b)** Posição oblíqua.

**c)** Conchas plásticas duras.

**d)** Cintos ajustáveis para prender o bebê.

**e)** Alça para fixá-la no carro.

**f)** Sem arestas pontiagudas.

**g)** Manter o bebê de costas, olhando para a mãe, que também viajará no banco de trás.

## Cadeira para crianças maiores

**a)** Altura protegendo a cabeça.

**b)** Cinto de segurança pelos ombros e na altura da barriga.

**c)** Alça para fixação ao carro.

**d)** Ser de plástico firme.

**e)** Deve ficar na posição vertical.

**f)** Deve ser vista fora da janela.

**g)** Deve ser acolchoada.

**h)** Não deve ser presa num banco móvel.

# O BEBÊ E O AVIÃO

O bebê recém-nascido, antes de completar sete dias, não deve viajar de avião. Esta condição, em caso excepcional, pode criar algum problema, sobretudo em caso de adoção, quando os novos pais desejam transferir imediatamente o bebê para a cidade em que vivem, cortando assim qualquer possibilidade de ligação evidente com os pais biológicos. Antes de sete dias de vida, o mecanismo respiratório do bebê não está firmemente estabelecido para suportar qualquer dificuldade quanto à altura durante o voo. É preferível viajar depois de quinze dias completos, somente em avião de cabine pressurizada.

## Contraindicações

**a)** Doenças contagiosas.

**b)** Anemia (menos de três milhões de glóbulos vermelhos e 8,5g de hemoglobina).

**c)** Doenças mentais (com perturbações periódicas ou permanentes).

**d)** Doenças cardíacas, não controladas.

**e)** Doenças dos olhos, por traumatismo ou convalescença de intervenção cirúrgica ocular).

**f)** Epilepsia (em sua forma mais grave, quando a criança pode apresentar convulsões inesperadas e frequentes, pois alterações na pressurização do avião, com diminuição de oxigênio, poderão provocá-las).

## Problemas de ouvido

A mudança na pressão atmosférica provoca a chamada barotite média, que é uma inflamação traumática do ouvido médio causada pelo aumento ou pela diminuição da pressão neste local em relação ao ambiente externo, o que provoca uma queda na ventilação do ouvido médio. Bebês e crianças resfriados são os mais predispostos durante a inflamação e o edema (inchação) das vias respiratórias do nariz e da garganta (nasofaringe). Para melhorar a aeração é conveniente dar o peito à criança, quando o avião estiver decolando ou pousando. Se a criança chorar, devido à compressão da membrana do tímpano, isto favorecerá a aeração, tornando a pressão igual entre a orelha média e o ambiente externo.

# A VACINAÇÃO

A pediatria moderna aconselha as mães a amamentarem seus filhos desde o primeiro dia de vida, em alguns casos logo após o parto, quando o bebê está mais esperto; também devem-se iniciar as vacinas no primeiro mês de vida.

Nos capítulos que tratam sobre os dezoito primeiros meses, os pais encontrarão informações exatas sobre o momento de aplicar as vacinas protetoras contra as doenças.

## Observações ao calendário

**1)** A vacina contra a hepatite B deve ser aplicada nas primeiras doze horas de vida. A segunda dose pode ser aplicada aos dois meses. Crianças com peso de nascimento igual ou inferior a dois quilos ou com menos de 33 semanas de vida devem receber o seguinte esquema vacinal: primeira dose — ao nascer; segunda dose — um mês após a primeira; terceira dose — um mês após a segunda; quarta dose — seis meses após a primeira.

**2)** A vacina BCG, que evita as formas graves de

tuberculose, deve ser administrada no braço direito no primeiro mês de vida. Em bebês com menos de 2kg a vacinação deverá ser adiada até que chegue a esse peso.

**3)** A primeira dose da vacina contra rotavírus deve ser aplicada aos dois meses de vida (idade mínima — seis semanas, idade máxima — 14 semanas) e a segunda dose aos quatro meses (idade mínima — 14 semanas). Nas vacinas polivalentes (administradas atualmente na rede particular), uma terceira nova dose é administrada aos seis meses.

**4)** A vacina DTP (células inteiras) é eficaz e bem tolerada. Quando possível, aplicar a DTPa (acelular) devido a sua menor reatogenicidade.

**5)** Como melhor alternativa à vacina dT, pode ser administrada a vacina dTpa (Tríplice acelular tipo adulto) a partir dos quatro anos de idade. Esta vacina apresenta proteção adicional para Pertussis.

**6)** Se usada uma vacina combinada Hib/DTPa (Tríplice acelular), uma quarta dose da Hib deve ser aplicada aos quinze meses de vida.

**7)** Recomenda-se que todas as crianças com menos de cinco anos de idade recebam vacina oral para poliomielite (VOP) nos dias nacionais de vacinação

desde que já tenham recebido a pólio inativada aos dois e quatro meses de vida. A vacina inativada contra poliomielite (VIP) substitui a VOP nas duas primeiras doses.

**8)** A vacina contra influenza está indicada nos meses que antecedem o período de maior prevalência da gripe, estando disponível apenas nessa época do ano. Está recomendada a partir dos seis meses para todas as crianças. A primovacinação de crianças com idade inferior a nove anos deve ser feita com duas doses com intervalo de um mês. A dose para aqueles com idade entre seis e 36 meses é de 0,25ml, e, depois dos três anos de idade, de 0,5ml. A partir dos nove anos é administrada apenas uma dose (0,5ml) anualmente.

**9)** Todas as crianças e adolescentes devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de um mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

**10)** A vacina contra varicela também é em duas doses (sarampo, caxumba e rubéola). Caso uma criança, mesmo vacinada com uma dose contra varicela, apresente contato domiciliar ou em creche com criança com a doença, a segunda dose da vacina pode ser aplicada após o contato.

**11)** A vacina contra febre amarela está indicada para os residentes e viajantes para as áreas endêmicas, de transição e de risco potencial.

**12)** Recomenda-se duas ou três doses da vacina conjugada contra meningococo C no primeiro ano de vida, e uma dose de reforço entre doze e dezoito meses de idade. Após os doze meses de vida, deve ser aplicada em dose única.

Veja a seguir calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Imunizações.

# CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2013/2014

| VACINAS | DO NASCIMENTO AOS 5 MESES DE ID | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ao nascer | 1 mês | 2 meses | 3 meses | 4 meses | r |
| BCG ID | Dose única | | | | | |
| Hepatite B (1) | 1ª dose | | 2ª dose(C) | | | |
| Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) (2) | | | 1ª dose(C) | | 2ª dose(C) | |
| *Haemophilius influenzae b* (3) | | | 1ª dose(C) | | 2ª dose(C) | |
| Poliomielite (vírus inativados) (4) | | | 1ª dose(C) | | 2ª dose(C) | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rotavírus (5) | | | Duas ou três doses, de acc com o fabricante | | | |
| Pneumocócica conjugada (6) | | | 1ª dose | | 2ª dose | |
| Meningocócica conjugada (7) | | | | 1ª dose | | |
| Influenza (gripe) (8) | | | | | | |
| Poliomielite oral (vírus vivos atenuados) (4) | | | | | | |
| Febre amarela (9) | | | | | | |
| Hepatite A | | | | | | |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) (10, 12) | | | | | | |
| Varicela (catapora) (11, 12) | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *HPV* (13) | | | | | | |

| VACINAS | DOS 6 MESES AOS 2 ANOS D | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 6 meses | 7 meses | 8 meses | 9 meses | 12 meses |
| BCG ID | | | | | |
| Hepatite B (1) | 3ª dose(C) | | | | |
| Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) (2) | 3ª dose(C) | | | | |
| *Haemophilius influenzae b* (3) | 3ª dose(C) | | | | |
| Poliomielite (vírus inativados) (4) | 3ª dose(C) | | | | |
| | Duas ou três doses, de | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rotavírus (5) | acordo com o fabricante | | | | |
| Pneumocócica conjugada (6) | 3ª dose | | | | REF |
| Meningocócica conjugada (7) | | | | | REF |
| Influenza (gripe) (8) | Duas doses na primovacinação antes d idade. Dose anual de refor | | | | |
| Poliomielite oral (vírus vivos atenuados) (4) | DIAS NACIONAIS DE VACINA | | | | |
| Febre amarela (9) | | | | 1ª dose | |
| Hepatite A | | | | | 1ª dose |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) (10, 12) | | | | | 1ª dose(C |
| Varicela (catapora) (11, 12) | | | | | 1ª dose(C |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *HPV* (13) | | | | | | |

| VACINAS | DOS 2 AOS 10 ANOS | | | | | D |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 24 meses | 4 anos | 5 anos | 6 anos | 9 a 10 anos | p v |
| BCG ID | | | | | | |
| Hepatite B (1) | | | | | | |
| Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) (2) | | REFORÇO (C) | | | | |
| *Haemophilius influenzae b* (3) | | | | | | S |
| Poliomielite (vírus inativados) (4) | | REFORÇO (C) | | | | S |
| Rotavírus (5) | | | | | | Sl m |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pneumocócica conjugada (6) | | | | | | |
| Meningocócica conjugada (7) | | | REFORÇO | | | S |
| Influenza (gripe) (8) | Duas doses na primovacinação antes dos 9 anos de idade. Dose anual de reforço. | | | | | S |
| Poliomielite oral (vírus vivos atenuados) (4) | DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO | | | | | |
| Febre amarela (9) | | | | | REFORÇO | |
| Hepatite A | | | | | | |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) (10, 12) | 2ª dose (C) | | | | | |
| Varicela (catapora) (11, 12) | 2ª dose (C) | | | | | S ú |
| *HPV* (13) | | | | | Três doses | |

Se por qualquer impossibilidade, a criança não receber as vacinas nas idades aqui preconizadas, deve iniciar, ou atualizar, o esquema de doses tão logo possível.

C= vacina combinada disponível.
*Verifique se seu município ou estado oferece vacinas ainda não incluídas na rotian do PNI.
**Previsão de estar disponível no segundo semestre de 2013.

# Capítulo 11

# O primeiro mês

# O primeiro mês

*No seu primeiro mês de vida, o bebê já conhece a voz e o cheiro da mãe.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Peso** | 4.250g | 4.050g |
| **Estatura** | 55cm | 54cm |
| **Perímetro cefálico** | 37cm | 36cm |
| **Perímetro torácico** | 36cm | 34cm |
| **Ganho de peso mensal** | 750g a 900g | 750g a 900g |

No primeiro mês o bebê chora mais do que se mexe, já não é tão passivo e mole como ao nascer. Apresenta sinais de satisfação durante o banho e reage ao sentir desconforto. Acorda para comer, chora quando tem fome e para se fazer lembrar.

A maioria dos bebês dorme o dia inteiro, porém alguns acordam por volta da meia-noite ou trocam o dia pela noite. Há os que acordam entre duas e seis horas da manhã, ficando uma hora acordados. Fecham os olhos quando mamam; depois de satisfeitos, caem no sono profundo, como se tivessem sido anestesiados; esta é a oportunidade de a mãe trocar as fraldas e acomodá-lo no berço. A mãe experiente deve levantar o bebê toda vez que ele

mamar, para que ele arrote. Entre o primeiro e o segundo mês, o bebê adora o banho, mas não gosta de vestir camisa, camisola etc. Na parte da tarde, entre as quatro e as seis horas, tem o primeiro treino da atividade social, pois habitualmente é a hora da visita dos avós, amigos e parentes.

As golfadas e os espirros, tão frequentes nas suas duas primeiras semanas de vida, vão desaparecendo. Percebe-se sua sensação de bem-estar após as refeições ou a impressão da temperatura morna de um banho gostoso; já reage ativamente ao desconforto, chorando ou se agitando. Mantém sempre as mãos fechadas; é muito difícil abri-las. O bebê não tem horários. O dia e a noite dependem do seu apetite ou de suas cólicas; pode iniciar ao amanhecer ou à meia-noite. Este ritmo de dia e noite irá lentamente se estabelecendo, não havendo um prazo fixo para todos. Cada criança levará o tempo que necessitar para sua adaptação. A mãe não deve impor seu ritmo e suas regras sem antes observar como o bebê manifesta suas necessidades e como reage aos cuidados que ela lhe dá. Cada bebê tem sua personalidade desde o primeiro dia de vida. As primeiras semanas de intimidade podem influenciar todo o seu futuro, e cada mãe tem de encontrar a

melhor maneira de se relacionar com seu filho.

As mães geralmente seguram seus bebês com o braço esquerdo, tanto as destras como as canhotas. É um dos mistérios da vida. Dizem os romancistas que é o lado do coração. Sempre foi assim; os pintores e escultores, por exemplo, sempre retrataram bebês ao colo sobre o braço esquerdo de suas mães.

Florêncio Escardó admite que a criança se sente melhor nesta posição porque, percebendo os batimentos do coração materno, que tantas vezes ouviu quando estava no útero, sente segurança e amor.

O bebê não precisa de travesseiros. Nunca deixe-o de bruços. De acordo com observações feitas nos últimos anos, deve-se evitar que o bebê durma de barriga para baixo, pelo perigo de parada respiratória associada a esta posição.

É necessário cortar as unhas do bebê? Sim; do contrário ele pode se arranhar.

Isto pode ser feito semanalmente, após o primeiro mês. Alguns bebês que "passam do tempo" (pós-maturos) nascem com unhas compridas, que devem ser cortadas nos primeiros dias após o nascimento. As roupas devem ser folgadas, não se recomenda usar as que são vestidas pela cabeça.

Geralmente o bebê não gosta de ser vestido ou despido, pois acha tudo isso extremamente desconfortável. Fixa a claridade nas janelas e as lâmpadas, bem como as cores vermelha e laranja. Tivemos uma paciente que, aos dois meses, ficava apavorada, berrando todas as vezes que sua mãe se aproximava usando um vestido exageradamente vermelho.

A água para o banho não precisa mais ser filtrada e fervida após a queda do coto umbilical. Depois disso, pode-se utilizar água corrente fornecida por empresas credenciadas.

Até o bebê completar um mês, é preferível deixá-lo no quarto o tempo todo. Assim, o banho e as refeições deverão ser feitos ali. Quando for usada a banheirinha plástica, sua saída do quarto ficará limitada ao tempo do banho.

Ele poderá dormir o tempo todo, ficando acordado, única e exclusivamente, para as mamadas e o banho, dormindo, em média, entre quinze e dezesseis horas por dia.

O que o bebê não gosta desde o primeiro mês de vida: estar muito ou pouco coberto, usar roupas apertadas, ficar com as fraldas sujas, ser vítima de movimentos bruscos (saltar no ar, por exemplo, lhe

causa vertigens), movimento no seu quarto, barulhos de voz, rádio, televisão e aparelhos de som, portas que batem, fumaça de cigarros.

## OS BRINQUEDOS BARULHENTOS

Não devem ser utilizados brinquedos muito barulhentos, com música e ruídos altos, que podem prejudicar a audição do bebê, especialmente os prematuros. Pequenos chocalhos de ruídos suaves podem ser utilizados sem afetá-lo. Devem-se usar móbiles com cores marcantes que estimulem o desenvolvimento da visão.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

O bebê sente atração por objetos brilhantes; contudo, seu interesse se concentra mais em fisionomias humanas do que em objetos. Quando é

solicitada sua atenção visual, cessam os movimentos dos braços e das pernas. Ele comanda o próprio pescoço, preferindo colocar a cabeça de lado. Emborcado, procura tirar o nariz da cama, levantando por segundos a cabeça.

## Comportamento emocional

Protesta, chora devido à dor, à fome ou ao desconforto. Fixa os olhos na mãe em resposta a seu sorriso.

## Capacidade de adaptação

Possui um ligeiro seguimento com os olhos. Não retém os objetos nas mãos por muito tempo. Para um bebê entre um a dois meses, as pessoas são vistas como manchas e as cores como se fossem um grande quadro. Pouco a pouco o bebê se habitua de tal maneira ao ritmo e aos ruídos de casa que toda modificação de horário, de gesto, de lugar, de berço e mesmo de alimento, sem cuidado maior, o perturba. Assim, toda e qualquer modificação tem de ser feita gradativamente, com muita precaução.

### Progresso da linguagem

Ele emite pequenos sons guturais.

### Comportamento pessoal e social

Olha, com espanto, seu ambiente. Escuta sons. Já conhece a voz e o "cheiro" da mãe. Piaget dizia que para o bebê no primeiro mês de vida as coisas aparecem e desaparecem como quem olha pela janela de um trem em movimento.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

Com um mês de idade já pode ser verificado se o desenvolvimento da inteligência do bebê está se processando normalmente. As seguintes provas, fáceis de serem verificadas por qualquer pessoa, devem ser positivas no bebê de um mês (teste de Ch. Buhler-Herzer).

*O bebê olhando para o lado do estímulo.*

## Primeira prova

O bebê segura o que alcança. Colocando o dedo indicador na palma da mão aberta do bebê etc.,

rapidamente ele fecha os dedos, pressionando o dedo examinador.

## Segunda prova

Ele se tranquiliza ao escutar ruídos leves. Um bebê choroso se aquieta ao ouvir o som de uma campainha tocada suavemente perto dele. Pode reconhecer as vozes da mãe e do pai.

## Terceira prova

Ele fita momentaneamente uma luz fraca. Colocando a um metro de distância uma lanterna de bolso, de luz de pouca densidade em quarto escuro, o pequenino olhará para ela, por alguns segundos. Se acalma olhando sua mãe ou alguém conhecido.

## Quarta prova

Ele tenta pegar o bico do peito. Estando o bebê a mamar por alguns segundos, retire vagarosamente o peito. Mantendo-o bem próximo, o bebê procurará mover a cabeça até o mamilo, tentando apanhar o

bico com a boca aberta.

### Quinta prova

Tentativa de defesa: colocando um papel dobrado sobre o seu rosto, cobrindo o nariz, o bebê fará movimentos, procurando girar a cabeça de um lado para outro. Percebe-se melhor este movimento olhando o papel.

## A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ NO PRIMEIRO MÊS — PREFERENCIALMENTE O ALEITAMENTO MATERNO DEVERÁ SER EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA (TRINTA DIAS COMPLETOS)

O crescimento rápido do bebê no primeiro ano de vida, triplicando seu peso, de três quilos para nove, por exemplo, e aumentando em 50% sua estatura — de 50cm passa para 75cm —, exige uma alimentação perfeita.

Qualquer erro cometido tanto na qualidade quanto na quantidade terá graves consequências para seu

desenvolvimento físico e inteligência.

O leite materno é um alimento perfeito, que contém proteínas, vitaminas e sais minerais. O bebê alimentado suficientemente ao peito não precisa de mais nada. Porém, os alimentos à base de fórmulas infantis necessitam de suplementação de água e ferro.

A fome é o seu maior problema, e o mais sério impulso, pois ela interfere nas suas mais importantes ações como o sono, o repouso e os hábitos de rotina, que são o começo da aprendizagem. Ele gasta a maior parte do tempo mamando, desperta ou grita para comer, e dorme logo, uma vez atendido.

Cada um estabelece seu padrão de horário, com intervalos de três a cinco horas. Às vezes acordam de meia a uma hora após a mamada e parece que estão com fome, pois levam as mãos à boca. A mãe julga que seja fome e oferece novamente o peito; entretanto, logo após alguns minutos o bebê dorme. Não estava realmente com fome, queria apenas sugar.

No caso de ele ser submetido à alimentação artificial, a mamadeira deve ser dada com a criança nos braços maternos, atitude que transmite intimidade, ternura e calor humano. O bebê tem necessidade de encontrar sempre a mesma fisionomia que irradia amor, no caso materno, ou afeição, no

caso de um parente ou babá dedicada; isto lhe dá segurança e estimula o apetite. Colocar o bebê de lado e a mamadeira no travesseiro é um grande erro. É um ato de rejeição, a mãe não o amamenta e além do mais nem lhe dá a própria mamadeira. O bebê, parece incrível, mas é verdade, se sente abandonado, rejeitado, infeliz, e mais tarde o demonstrará através do seu temperamento difícil em relação à mãe. Além disso, alimentar-se deitado facilita a passagem do leite para as vias aéreas superiores, o que pode levar a otites de repetição e infecções.

## Com leite materno

O bebê deverá mamar sob livre demanda, geralmente de três em três horas, ou até de quatro em quatro horas. O volume de líquido ingerido deverá ser, em média, de 100ml a 120ml em cada mamada, perfazendo o volume total diário de 600ml a 720ml.

O volume das mamadas varia de acordo com as horas do dia e não é rigorosamente idêntico; a das seis horas da manhã é sempre mais volumosa. Algumas crianças mamam um volume superior ao descrito, e desde que o seu aparelho digestivo o tolere bem, evoluindo satisfatoriamente, não há nenhum

problema nisso.

### Com leite em pó modificado (leite próprio para bebês)

Fórmula infantil própria a para idade como Nan 1 ou Nestogeno 1. Ofereça-lhe a mamadeira preparada com 90ml de água filtrada e fervida e três medidas rasas de leite em pó.

## AS GOTAS POLIVITAMÍNICAS

Os bebês alimentados suficientemente com leite materno e que tomam banho de sol de vinte a trinta minutos por dia não precisam de suplementos vitamínicos. As gotas polivitamínicas estão indicadas para os bebês prematuros ou de baixo peso, que não engordam e não se desenvolvem satisfatoriamente, e os que apresentam sintomas de raquitismo, a critério do pediatra.Os medicamentos à base de gotas polivitamínicas devem ser guardados em lugar fresco, ao abrigo da luz.

## Suplementação de flúor

O governo deve manter vigilância sobre a percentagem de flúor adicionada à água potável usada pela comunidade, que não deve ultrapassar uma parte por um milhão. Os pais também devem vigiar a dose administrada por via oral, que nunca deve ultrapassar a recomendada.

Os dentistas e pediatras estão de acordo que a administração de flúor por via oral é um excelente meio para a prevenção das cáries, ocorrendo uma redução de 65% na sua incidência. A administração de flúor deve ser reservada às regiões em que não haja suplemento deste mineral nos reservatórios de água das cidades. Neste caso, deve-se consultar um odontopediatra. As crianças abaixo de três anos de idade devem utilizar creme dental sem flúor. Como elas não conseguem cuspir com eficácia, correm o risco de engolir quantidade considerável de flúor a cada escovação, aumentando o risco de desenvolver fluorose dentária na dentição permanente em desenvolvimento. A fluorose dentária caracteriza-se pelo aparecimento de manchas brancas ou castanhas e defeitos no esmalte dentário.

Caso haja dúvida quanto à presença de flúor na

água de abastecimento da cidade, deve ser contactada a autoridade local.

A Academia Americana de Pediatria recomenda consultar seu pediatra para saber se há necessidade de suplemento adicional de flúor para seu bebê. E atualmente a maioria das fórmulas de leites em pó já contém flúor em sua composição.

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA O PRIMEIRO MÊS

**1)** A evacuação do bebê

**2)** A vacinação no primeiro mês

**3)** A cor dos olhos

**4)** Os beijos

**5)** Causas de lacrimejamento

**6)** A lanugem (bebês que nascem peludos)

**7)** Choro insistente

**8)** O primeiro passeio

**9)** Os brincos

**10)** Dez sinais de saúde do bebê

# A EVACUAÇÃO DO BEBÊ

Os intestinos do bebê funcionam de uma a quatro vezes a cada 24 horas. Em alguns casos excepcionais, cinco a seis vezes com fezes normais; no entanto, devem-se observar com cuidado o peso e os demais sinais de saúde.

As fezes normais apresentam um aspecto pastoso, ligadas em forma de pomada, de cor amarela (variável), geralmente da cor de gemas de ovo, e de odor ácido. As fezes de crianças amamentadas ao peito materno não possuem cheiro forte. À medida que fórmulas infantis são incorporadas à alimentação o cheiro vai piorando.

## Tipos de evacuações anormais

**a)** Fezes dispépticas — com parte líquida e parte sólida separadas, apresentando grumos esbranquiçados.

**b)** Fezes disentéricas — com catarro e estrias de

sangue contendo pus e muco sanguinolento; às vezes também apresenta secreção gelatinosa, com aspecto de clara de ovo crua. Isto se deve a uma infecção e o pediatra deverá ser avisado imediatamente.

**c)** Fezes esverdeadas — mas sem nenhuma outra alteração, e com o estado geral e apetite excelente do bebê não traduz qualquer anormalidade.

**d)** Evacuações consistentes e endurecidas — um pouco brilhantes, são observadas em crianças alimentadas exclusiva ou predominantemente com fórmulas importantes infantis.

**e)** Fezes aquosas, líquidas — quase sempre molham as fraldas, como se fossem urina, eventualmente com muco, sendo eliminadas de modo brusco. Este tipo geralmente indica um processo infeccioso (viroses), que leva frequentemente à desidratação. O pediatra deverá ser avisado com urgência.

**f)** Fezes pastosas e brilhantes, abundantes, espumosas — traduzem má digestão e má absorção; se continuarem assim por muito tempo, poderão levar a um estado de desnutrição. Algumas doenças, como a doença celíaca e a mucoviscidose, apresentam fezes deste tipo.

**g)** Fezes com sangue — a presença de sangue nas

fezes, na maioria dos casos, não é tão perigosa como pode parecer, pois a fissura (fenda) anal, a maior causa disso, é provocada por prisão de ventre (constipação), devido à eliminação de fezes grandes, endurecidas e ressecadas. Entretanto, a eliminação de sangue pelo ânus, conhecida por enterorragia, pode ter causas mais graves. No recém-nascido, geralmente é devida à deglutição de sangue materno, e a sua eliminação é escura como piche, vermelho bem escuro, e é chamada melena. Outras causas são as doenças hemorrágicas do recém-nascido e a enterocolite necrosante, doença muito grave e rara.

## A VACINAÇÃO NO PRIMEIRO MÊS

A BCG intradérmica é aplicada como já descrevemos antes.

### A vacina contra a hepatite B

Esta vacina é aplicada no primeiro mês de vida, preferencialmente nas primeiras horas de vida, e as doses subsequentes em formulações combinadas aos

dois, quatro e seis meses. Protege a criança do vírus da hepatite B, que pode levar a um quadro de infecção crônica, insuficiência hepática e ao hepatocarcinoma. Não tem contraindicações, conferindo imunidade permanente. É uma vacina elaborada por engenharia genética, não havendo risco de contaminação pela vacina. Admite-se também o esquema de vacinação ao nascer, e aos dois, quatro e seis meses de vida.

## A COR DOS OLHOS

A cor castanha dos olhos do bebê permanecerá por toda a vida, porém se os olhos forem azulados poderão mudar mais tarde, durante o segundo semestre de vida. Já os cabelos, se forem pretos ao nascer, poderão ficar louros no terceiro ou quarto mês.

## OS BEIJOS

Nunca se deve beijar o bebê na boca, no rosto e nas mãos; quando muito, beije sua cabeça. A garganta humana é cheia de micróbios que, através do beijo, são transmitidos às outras pessoas. Os germes das pessoas que tratam do bebê são geralmente os mesmos da criança. O perigo maior é com os estranhos. Os germes dos objetos (colheres, brinquedos etc.) que a criança constantemente leva à boca não a prejudicam, porque são os mesmos da sua garganta.

## CAUSAS DE LACRIMEJAMENTO

**a)** Irritação pela aplicação, ao nascer, de nitrato de prata ou Argirol.

**b)** Obstrução dos condutos lacrimais.

**c)** Infecção.

**d)** Alergia. Quando o lacrimejamento persiste, apesar do uso constante de colírios, sua causa deve residir na obstrução dos canais lacrimais. A massagem das glândulas lacrimais com o dedo mínimo deve ser tentada. No caso de ser realmente uma obstrução, aos seis meses de vida do bebê, deve-se recorrer ao

oftalmologista, que irá desobstruir os canais por meio de uma sonda, que o bebê suporta bem.

## A LANUGEM (BEBÊS QUE NASCEM COM PELOS EM EXCESSO)

É a denominação clínica da presença abundante de pelos, comum nos recém-nascidos. É uma situação normal. Os pelos cairão gradativamente durante o decorrer dos primeiros meses de vida.

## CHORO INSISTENTE

Ele está associado a uma sensação de dor (fome, cólica, dor de ouvido, dor de cabeça, mal-estar devido à febre). A mãe deve sempre procurar a possibilidade de uma dessas causas. A sede provoca mais inquietude e agitação do que o choro. No caso de durar mais de duas horas, deve ser estabelecido contato com o médico. Bebês com menos de seis meses de vida com aleitamento materno exclusivo

não precisam receber água nem chás.

## OS BRINCOS

É frequente, no caso das meninas, os pais mandarem furar as orelhas para a colocação de brincos no primeiro ou segundo mês de vida. Entretanto, esse procedimento não é tão simples assim. O método de passar uma linha, depois de furar, pelo lóbulo da orelha, sem a devida higiene, pode causar infecção local, com desagradáveis consequências, pois depois de curada a infecção pode deixar o orifício relativamente grande, facilmente visível e pouco apreciável. A desinfecção do lóbulo da orelha deve ser feita com Povidine tópico ou álcool a 70%. Deve-se ter o cuidado de retirar o excesso, limpando o lóbulo com álcool após a aplicação da solução iodada.

As mãos de quem vai furar a orelha devem ser bem escovadas com água e sabão e em seguida friccionadas com uma solução iodada a 1%. O método aconselhado é o que utiliza um aparelho, com a forma de uma pequena pistola automática (Caflon), que introduz um brinco com pino de aço cirúrgico

recoberto de ouro 24 quilates, que permanecerá por trinta dias, quando deverá ser substituído pelo definitivo. Os brincos devem ser de ouro ou de prata, nunca de cobre. Essas pequenas pistolas podem ser encontradas em consultórios médicos, farmácias e drogarias; os pais devem exigir a perfeita desinfecção e esterilização do material. Colocado o brinco, não há necessidade de girá-lo uma vez por dia durante vinte segundos, no período de cinco dias, como era aconselhado no passado.

O procedimento pode ser feito também por profissional de enfermagem gabaritado.

## DEZ SINAIS DE SAÚDE DO BEBÊ BEM-NASCIDO E BEM-ALIMENTADO

**a)** Peso — perímetro cefálico e torácico normais ao nascimento, com ganho corporal progressivo mensal.

**b)** Turgor — pele firme e seca quando é pinçada com o polegar e o indicador.

**c)** Tono muscular — é o grau normal de resistência muscular dos braços e pernas em movimento.

**d)** Panículo adiposo — é a camada de gordura debaixo da pele, distribuída por todo o corpo, dando o aspecto do "bebê redondinho".

**e)** Coloração da pele — apresentando-se rosada. Tonalidade azulada ou pálida não é normal.

**f)** Apetite — deve estar sempre presente, podendo variar o intervalo e o número de mamadas.

**g)** Sono — o bebê dorme sempre bem, uns mais, outros menos, mas sempre tranquilos.

**h)** Humor — um bebê mal-humorado apresenta-se doente ou desconfortável (com febre, sede, fome, calor, sufocado, molhado, com gases, excitado por excesso de luz ou barulho, cansado por excesso de brincadeiras).

**i)** Temperatura axilar (debaixo do braço) oscilando entre 36º e 37ºC. Temperatura retal oscilando de 36º a 38ºC.

**j)** Imunidade — o bebê nascido de gravidez e parto normais e alimentado ao peito materno raramente adoece.

## O PRIMEIRO SORRISO

Surge no final do primeiro mês, quando o bebê está dormindo ou então olhando sua mão. A mãe perceberá que ele a escuta quando ela fala. Nas primeiras semanas de vida tudo são reflexos, não atividades cognitivas. Mesmo recém-nascido, a mãe perceberá as primeiras pistas para a futura personalidade do seu filho: reclamando imediatamente de fraldas molhadas ou sujas, com sono leve ou pesado, sensível a barulhos, à luz, chorando com facilidade. Uns reclamam, outros não. Estas diferenças individuais dão pistas se a mãe terá um bebê calmo ou não.

*O primeiro sorriso costuma ocorrer no final da quarta semana de vida.*

# Capítulo 12

# O segundo mês

# O segundo mês

*A mãe deve conversar com o filho sempre que puder; ele adora ouvir a voz materna.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Peso** | 5.000g | 4.800g |
| **Estatura** | 57cm | 55cm |
| **Perímetro cefálico** | 39cm | 38cm |
| **Perímetro torácico** | 37cm | 36cm |
| **Ganho de peso mensal** | 750g | 750g |

O bebê até os três meses é um mistério para seus pais. Eles só o conhecerão dentro de alguns meses. De modo geral, existem dois tipos clássicos: o primeiro é agitado, com sono leve, mamando sem prazer, tenso, apreciando qualquer companhia; o segundo é quieto, come bem, tem sono, não gosta de estranhos. Ele não sorri para você, mas para a face humana; o "sorriso social" só aparece depois dos três meses. Ele sorri ou mexe o corpo. Solicita e gosta de brincadeiras, mas só as aguenta por vinte minutos, depois se desinteressa. O bebê sabe quando deve parar, e para isto vira a cabeça ou começa a chupar o dedo.

O bebê sente a presença dos pais, mesmo estando

sonolento. Ele gosta da atenção dos pais e sente-se confortavel no colo de ambos. O bebê deve permanecer no quarto dos pais até quatro a seis meses, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria. Isso deve-se ao fato de a vigilância dos pais ser importante para a diminuição de risco de morte súbita e para facilitar a mãe na tarefa de amamentar o bebê de madrugada. Separar o recém-nascido dos irmãos após o primeiro mês de vida, para muitos puericultores, não é aconselhável; seria o começo da rivalidade entre irmãos; até o momento não há um consenso geral sobre o assunto. Entretanto, o choro do recém-nascido à noite e o "ciúme" do pequeno "invasor" devem ser considerados.

Durante o dia há bebês nesta idade que chegam a ficar acordados até dez horas por dia. Começam a demonstrar preferência do lado do corpo para dormir; alguns preferem dormir de bruços, o que ainda não é aconselhavel. Deve-se deixar o bebê dormir de bruços apenas após ele ter aprendido a rolar e escolher sua posição. Ficam mais acordados quando têm companhia. Podem dormir até sete horas ou mais seguidas mas normalmente ainda acordam algumas vezes para mamar. Do segundo ao terceiro mês em diante não exagere no silêncio da

casa. O bebê deverá ir se habituando gradativamente aos ruídos suaves, cotidianos e inevitáveis (descarga do sanitário, barulho da cozinha e vozes), evitando-se, naturalmente, os gritos.

É através da visão que ele percebe o ambiente em que vive e que influenciará seu comportamento e aprendizagem futuros. Ele irá, por curtos períodos de repetição, acumulando conhecimentos e aprendendo. É através da visão que ele aprende a reconhecer a face familiar boa e segura.

A temperatura do quarto do bebê deve ser de 20 a 25ºC, sendo esta a ideal. O ar-condicionado pode ser usado, sempre que necessário, porém deve-se ter cuidado com a limpeza do filtro.

É bom brincar com o bebê na hora do banho e à tarde, sobretudo quando o pai volta para casa. Com dois meses completos, ele já gosta de ouvir a voz da mãe, ou mesmo música, e acha admirável seguir os movimentos de uma pessoa que anda pelo quarto. Sua fisionomia já expressa alegria e dor. Acariciar suavemente a cabeça do bebê é um excelente calmante para crianças agitadas.

O pênis do bebê deve ser lavado com água e sabão e, se não foi feita a circuncisão (retirada da fimose), a pele deve ser puxada para trás, sem forçá-la, para

melhor higiene.

Devemos chamar a atenção dos pais para que as visitas não fumem no quarto do bebê ou em qualquer aposento em que ele estiver. Se os pais forem fumantes o ideal é que nunca fumem perto do bebê, ou no mesmo quarto em que ele permanecer. Caso continuem fumando, devem lavar as mãos e trocar de roupa após o uso do cigarro antes de tocar na criança. A suspensão do uso do cigarro pelos pais seria a melhor decisão, pois ele pode ser prejudicial para os pulmões ainda em formação do bebê. Sabe-se atualmente que filhos de fumantes apresentam maior chance de ter quadro de alergia respiratória e asma.

O bebê de um a quatro meses geralmente detesta qualquer modificação, seja de alimentos, de hábitos ou de pessoas. As alterações deverão ser feitas progressivamente, com o maior cuidado. O bebê está interessado nas mãos; nunca parecerá cansado de olhá-las.

## Ao deixar seu bebê com outra pessoa, tome os seguintes cuidados

**a)** Deixe o número do telefone e o endereço do lugar onde está.

**b)** Deixe o nome de uma pessoa responsável, se você não puder ser encontrada.

**c)** Deixe o telefone da polícia e do corpo de bombeiros.

**d)** Deixe o endereço e o telefone do pediatra e de seus assistentes.

**e)** Escreva o que o bebê deverá mamar, preferencialmente deixe o seu leite ordenhado.

**f)** Deixe os remédios que possam ser usados para cólicas, febre e vômitos.

**g)** Diga a hora em que vai voltar.

**h)** Diga para ela não receber visitas inesperadas.

**i)** Diga onde estão guardadas as roupas de cama, banho e vestimentas.

**j)** Dê instruções para o uso de rádio e televisão, evitando barulho etc.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

O bebê mantém a cabeça constantemente para trás. Colocado de bruços, levanta o queixo por alguns segundos.

## Comportamento emocional

Já pode ser percebido um esboço de satisfação, excitamento, alegria ou angústia nas suas expressões fisionômicas. Para de chorar quando é apanhado ao colo, movimenta as pernas como se estivesse pedalando, torce o corpo para mostrar alegria.

## Capacidade de adaptação

Vira a cabeça ao escutar um ruído, acompanha com os olhos os objetos que se movem, presta atenção a uma voz em surdina.

## Progresso da linguagem

Vocaliza alguns sons (Ah... Eh... Uh...).

## Comportamento pessoal e social

Já esboça determinada e discreta reação física. Procura livrar-se de uma fralda colocada sobre o rosto, por exemplo.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

Pelo fato de as crianças de hoje serem muito mais estimuladas do que as de antigamente, temos de ter cuidado na interpretação de alguns testes clássicos aplicados sem adapação aos novos tempos.

Com dois meses de idade, em condições normais, os seguintes testes devem ser positivos:

**Primeiro teste** — O bebê vira a cabeça ao escutar um ruído. A pessoa deverá estar fora do campo de visão do bebê; ao seu lado, faça soar uma campainha com ruído mais ou menos forte; isto é suficiente para que o bebê vire logo a cabeça.

**Segundo teste** — Colocando uma lanterna acesa a meio metro de distância do bebê, ele fixa seu olhar na luz por um longo tempo.

O bebê de um a quatro meses percebe a claridade e mostra-se fascinado por cores vivas, como o vermelho e o amarelo. Alguns autores afirmam que a

experiência de luz e cores brilhantes tem tanta importância para a inteligência do bebê quanto os alimentos para seu estômago. Ele aconselha, no caso de haver choro violento, com lágrimas, agitar diante dos olhos do bebê uma roupa com a cor laranja ou vermelha.

**Terceiro teste** — O bebê acompanha objetos em movimento. Uma pessoa deverá se debruçar sobre ele, a meio metro de distância aproximadamente, vagarosamente se colocando para trás, pelo lado da cabeça, e o bebê acompanhará este movimento, chegando a virar a cabeça para poder ver melhor. Seguirá a luz e os objetos de 15cm a até 20cm de distância.

**Quarto teste** — O bebê se tranquiliza ao escutar uma voz suave. A pessoa, debruçada sobre o berço, deverá falar com ele suavemente, e se o bebê chorar ou estiver de mau humor, às vezes se aquieta, olhando a pessoa.

**Quinto teste** — O bebê esboça uma reação física. Colocando-se uma fralda sobre o rosto do bebê ele deverá fazer movimentos incompletos, procurando se libertar dela, sem, entretanto, conseguir.

# A ALIMENTAÇÃO NO SEGUNDO MÊS (SESSENTA A NOVENTA DIAS)

O bebê já estará totalmente adaptado à amamentação. A mãe em geral possui muito leite e não tem mais nenhuma dificuldade em amamentar. A prática passa a ser bem prazerosa. O bebê começa a espaçar as mamadas; se antes eram em menos de três em três horas, agora este período pode ser maior. A cafeína passa muito pouco para o leite humano; não excita nem tira o sono do bebê; as mães podem tomar seu cafezinho quantas vezes quiserem. Se a mãe for voltar a trabalhar em torno do quarto mês, nesta fase já deve iniciar a ordenha do leite materno para congelamento, para oferecer ao bebê durante a sua ausência.

## Alimentação à base de leite materno

Nesta fase a criança já estará com uma rotina de horário estabelecida para o aleitamento materno. A criança já determinou, de acordo com sua fome, seu ritmo próprio de mamadas. Além disso você já é capaz de diferenciar o choro da fome de outras

causas, devendo rapidamente amamentar a criança e evitar o choro prolongado, que pode resultar em agitação. A quantidade de leite poderá variar de acordo com a necessidade da criança. É muito difícil determinar a quantidade de leite a ser oferecida ao bebê. No entanto, se ela esvazia as mamas e ganha peso, é sinal de que recebe o suficiente. Nesta idade é bom oferecer de seis a sete mamadas por dia.

## Alimentação à base de leite em pó modificado — fórmulas infantis na impossibilidade de manter o leite materno exclusivo

Deve-se preparar Nan 1, Nestogeno 1 ou outra fórmula infantil da preferência do pediatra com água filtrada e fervida por 5 minutos em fogão. Deve-se misturar uma medida para cada 30ml de água. Ofereça ao bebê em torno de 120ml.

## Observações:

**a)** Número de mamadas: cinco a sete, de três em três ou a cada quatro horas.

**b)** As sobras não devem ser aproveitadas de um horário para outro e nem usadas muito tempo após terem sido preparadas.

**c)** Para viagens pode-se colocar as medidas de leite em pó em cada mamadeira, adicionando-se água fervida de uma garrafa térmica.

## O MEL

O mel não deve ser dado a crianças com menos de um ano, pelo risco de botulismo, uma forma rara de envenenamento causado pela bactéria *Clostridium botulinum*, extremamente resistente ao calor e que ao ser ingerida libera toxinas no intestino. As crianças nesta idade não conseguem impedir seu desenvolvimento porque não têm ainda imunidade suficiente.

## A VACINAÇÃO

Aos dois meses deverá ser iniciada a aplicação das

vacinas contra paralisia infantil (poliomielite), coqueluche, tétano, difteria (tríplice) e *Hemophilus* (Hib titer). As vacinas são extremamente eficazes e isentas de perigo. Somente em algumas crianças as vacinas injetáveis poderão causar alguma reação, como mal-estar, febre e inflamação local; raramente causarão urticária. A vacina oral contra a paralisia atualmente só poderá ser administrada em bebês que já recebam pelo menis duas doses da pólio injetável.

## A vacina contra a paralisia infantil (pólio)

A vacina Salk (ou eIPV) tem se revelado duradoura e protetora. Sua primeira dose deverá ser aplicada aos dois meses; a segunda, aos quatro meses. Antes era a gotinha e agora é injetável, devido à maior segurança da vacina injetável sobre a vacina oral. A terceira dose e as campanhas (anuais) ainda são realizadas em forma de gota (Sabin ou OPV).

A forma injetável apresenta como efeitos colaterais febre, indisposição e irritabilidade, assim como reações locais de vermelhidão e inchaço, embora elas não sejam comuns. Como é acompanhada de outras vacinas, os efeitos adversos se misturam.

A forma oral tem aplicação bastante simples, bastando ser colocadas na base da língua uma, duas ou três gotas, conforme a recomendação do fabricante. Só é contraindicada quando no dia da aplicação a criança apresentar vômitos, diarreia, ou febre (verificada no termômetro). Não é contraindicada em caso de coriza simples, ausência de febre, tosse e excelente estado geral do bebê. O importante é que ela não cuspa, regurgite ou vomite logo depois de ser vacinada.

Tanto a vacina oral quanto a injetável podem ser aplicadas junto com outras vacinas.

## A vacina contra a difteria, a coqueluche e o tétano

É também chamada de DTP. Também existe em duas formas, a DTPw e DTPacelular. Previne contra três doenças: difteria, tétano e coqueluche. É aplicada com dois meses, quatro meses, seis meses, quinze a dezoito meses e quatro a seis anos, e depois a cada dez anos. Nos postos, atualmente, é aplicada associada à vacina da hepatite B e a hemófilos tipo b. Na clínicas particulares, a DTPacelular é feita na forma hexa. Além das citadas anteriormente, existe a vacina contra

poliomielite inativada (Salk ou eIPV). Os bebês vacinados podem ficar irritados, doloridos no local da vacina, e pode haver febre nas 24-48 horas seguintes.

## Técnica de aplicação

**a)** A vacina apresenta data de validade e deve ser guardada em refrigerador próprio, à temperatura de 2º a 8ºC. Sem estas duas exigências sua aplicação não tem valor.

**b)** Algumas vacinas se apresentam turvas, devido à associação de alumínio que aumenta seu poder de proteção.

**c)** Nos postos de saúde, o frasco multidose da vacina DTP deverá ser agitado fortemente antes de usado.

**d)** A tampa de borracha da ampola deverá ser desinfetada por fricção forte com álcool a 70%.

**e)** Use duas agulhas; a primeira para tirar o líquido do frasco, e a segunda para substituir a primeira na ocasião da aplicação.

**f)** Evite gotas na ponta da agulha ao injetar.

**g)** Deverão ser sempre usadas seringas e agulhas descartáveis.

**h)** O local de aplicação deverá ser o vasto lateral da

coxa.

**i)** A pele poderá ser desinfetada por fricção com algodão embebido em álcool a 70%. Éter ou acetona são usados por alguns pediatras.

**j)** A aplicação deverá ser intramuscular, gradativa e lenta. Na aplicação, após a introdução da agulha, o êmbolo da seringa deverá ser puxado para observar o aparecimento de sangue. Em caso positivo, a seringa deverá, então, ser retirada, substituindo-se a agulha por outra e a vacina reaplicada em outro local.

## A vacina anti-hemófilos

O *Hemophilus* é uma bactéria que está associada a infecções graves na criança, como pneumonias, meningites e infecções generalizadas, principalmente em bebês. A vacina contra essa bactéria é administrada em associação com a DTPa e Hepatite B na penta em todos os postos de saúde do Brasil. Em clínicas particulares, aparece na composição da hexa. Sua aplicação pode acarretar pequenas reações locais, sem maiores complicações.

## A vacina contra a hepatite B

A segunda dose desta vacina deverá ser aplicada trinta a sessenta dias após a primeira dose. Ela protege a criança do vírus da hepatite B, que pode levar a um quadro de infecção crônica e insuficiência hepática. Não tem contraindicações, conferindo imunidade permanente. É uma vacina elaborada por engenharia genética, não havendo risco de contaminação. Em clínicas particulares pode ser administrada em conjunto com a DTP, Salk e anti-hemófilos.

## Pneumocócica conjugada

É aplicada com dois meses, quatro meses, seis meses e doze a quinze meses e previne contra um tipo de bactéria muito comum, um pneumococo que pode causar inúmeras doenças, dentre as quais pneumonia, meningite e infecção generalizada. Existem vários tipos de pneumococos. A vacina disponível nos postos de saúde é a do pneumococo 10 valente (conjugada), ou seja, ela previne contra dez tipos de pneumococos. Em clínicas particulares existe outra que previne contra 13 tipos. Mas a vacina do posto é também bastante segura, dando uma ampla proteção.

## Meningocócica C conjugada

Foi implementada no calendário vacinal em 2010. Previne contra a bactéria meningococo, que se manifesta sobretudo na meningite meningocócica. A vacina é aplicada com três e cinco meses, e doses de reforço são administradas após um ano de idade e quatro anos após. Ela está disponível tanto na rede pública quanto na privada.

## Contraindicações relativas da aplicação de vacinas

Existem algumas contraindicações para a tomada de vacinas, e estas devem ser avaliadas pelo pediatra da criança: uso de algumas medicações, como imunossupressores e corticoide crônico, algumas imunodeficiências e a própria Aids. Porém até mesmo essas contraindicações valem apenas para algumas vacinas, e outras podem ser realizadas. Então, se seu filho apresenta alguma doença crônica e/ou faz uso de alguma medicação controlada, o pediatra deve ser consultado para indicação das vacinas que devem ser aplicadas.

Algumas contraindicações são momentâneas e a

vacina pode ser aplicada em qualquer outro período, quando os sinais e sintomas desaparecerem e a criança estiver curada:

**a)** Febre.

**b)** No decurso de doenças de qualquer natureza.

**c)** Vômitos e diarreias.

## O QUE MEU BEBÊ PODE APRESENTAR

**1)** Regurgitação

**2)** Cabeça achatada

**3)** Orelhas "de abano"

**4)** Respiração ruidosa

**5)** Tremor no queixo

**6)** Hérnia umbilical

**7)** Hérnia inguinoescrotal

**8)** Insônia do bebê

# A REGURGITAÇÃO

Às vezes, logo após as mamadas, ou algum tempo depois, o bebê pode apresentar vômitos, que na verdade são uma regurgitação; ele expele o leite coagulado, com cheiro ácido desagradável. As principais causas para isso podem ser:

**1)** Mamar depressa.

**2)** Mamadeiras com bicos moles.

**3)** Bicos com buracos demasiadamente grandes.

**4)** Comer demais.**10**

**5)** Comer muitas vezes.

**6)** Fórmulas mal preparadas ou inadequadas.

**7)** Engolir ar.

**8)** Nervosismo.

**9)** Intervalos pequenos; o horário deve ser espaçado.

**10)** Excitação do ambiente, barulhos, rádio ou televisão altos.

Os sintomas de regurgitação, pelo motivos citados, não devem ser confundidos com refluxo gástrico.

**Obs.:** Muitos desses problemas não ocorrem se o bebê estiver mamando só no peito.

## A "CABEÇA CHATA"

O bebê pode apresentar, entre os dois e os quatro meses, devido ao fato de permanecer constantemente deitado, a cabeça achatada na parte posterior ou nos lados. A causa disso reside nos ossos, que não estão inteiramente calcificados. O achatamento obedece à preferência do bebê em manter a cabeça virada para o lado direito ou esquerdo. Mais tarde, quando ele conseguir sentar, sua cabeça tomará uma forma mais regular.

## ORELHAS DE "ABANO"

Alguns bebês apresentam o pavilhão auricular bem afastado da cabeça. Após os primeiros meses, à medida que o bebê engordar, esse aspecto desaparecerá progressivamente. Entretanto, existem casos em que a estrutura da cartilagem do pavilhão auricular se apresenta de forma atípica, e neste caso nada há a fazer. A colocação de esparadrapo ou touca permanente somente servirá para irritar o bebê. A cirurgia plástica é a única solução, que corrigirá com

absoluto sucesso a posição da orelha. Não deixa qualquer sinal, porque a linha da incisão é feita exatamente no sulco entre a cabeça e a orelha. A idade indicada para a correção é aos quatro anos, antes de a criança entrar para a escola, evitando problemas psicológicos tanto para ela como para os pais, agravados pelos apelidos que inevitavelmente os colegas lhe darão.

## A RONQUEIRA DO BEBÊ (RESPIRAÇÃO RUIDOSA)

Qualquer obstrução das vias respiratórias superiores (nariz, garganta e laringe) e da traqueia pode causar uma respiração ruidosa (estridor). As passagens são apertadas, estreitas, e o acúmulo de muco ou catarro concorre para que a respiração seja sibilante. Considerando que a distância entre o nariz, a garganta e o tórax (peito) é curta, é comum que ruídos originários do nariz e da garganta sejam transmitidos ao tórax, dando a impressão de que a causa está no peito. A produção de muco ou catarro no nariz e na garganta do bebê pode ser provocada

por resfriados (infecções), alergia a substâncias inaladas (que são aspiradas) ou alimentos; em alguns casos produzem apenas ronco, em outros coriza ou tosse. Em certos casos a respiração ruidosa é congênita, e assim temos duas condições: a primeira é denominada *estridor laríngeo congênito*, laringomalacia, que significa laringe mole; as cartilagens, sendo moles, caem quando a criança respira, e diminuem o espaço pelo qual passa o ar. A tendência desse ruído é melhorar com o decorrer dos meses e desaparecer, espontânea e completamente, aos dois anos. Outra condição é o bebê que tem o queixo pequeno (maxilar inferior) sofrer um deslocamento da língua, resultando numa obstrução parcial da passagem do ar, provocando o estridor. Esta situação melhora com o desenvolvimento do maxilar inferior. A respiração ruidosa também pode ser causada pela presença de um corpo estranho que a criança tenha aspirado. Existem causas mais raras, como o papiloma (calo, verruga) das cordas vocais, ou hemangioma, que é um tumor não maligno das artérias e veias localizadas na laringe. Quando a criança apresenta hemangiomas na pele, é preciso estar atento se estes não estão presentes na laringe. Não podemos esquecer da infecção da laringe e da

asma como causas de respiração sibilante, ruidosa (ver Fungor nasal).

## TREMOR DO QUEIXO

É comum alguns bebês apresentarem um tremor do maxilar inferior nos primeiros seis meses de vida, especialmente quando estão despidos ou durante o banho. Os pais atribuem este tremor ao frio, quando na verdade trata-se de um sinal de excitação. Não tem consequência maior e não há necessidade de exagerar no uso de agasalhos.

## HÉRNIA UMBILICAL

Após a queda do cordão umbilical, em alguns casos a cicatrização não se processa em condições normais, e uma pequena parte do intestino delgado se introduz pelo anel umbilical, formando a desagradável hérnia umbilical. Este tipo de hérnia é benigna e não há perigo de ser estrangulada; geralmente desaparece

espontaneamente entre dezoito e 24 meses. Algumas mães e avós confundem esta hérnia com um excesso de pele, frequentemente em bebês que tiveram cordão umbilical grosso. Não coloque moedas, esparadrapos ou cinteiros.

## HÉRNIA INGUINOESCROTAL

Neste tipo de hérnia o intestino delgado se intromete na bolsa genital (saco escrotal), podendo aumentar e diminuir de volume de acordo com a variação na pressão no interior do abdome (gases, fezes). Este tipo de hérnia é mais sério porque incomoda, dói e pode estrangular. A intervenção cirúrgica é necessária. Às vezes é confundida com hidrocele (água na bolsa), que normalmente se reabsorve e não necessita de intervenção cirúrgica. A coexistência de uma hidrocele e uma hérnia é possível.

## A INSÔNIA DO BEBÊ

É comum acontecer entre o segundo e o terceiro meses, raramente depois dos seis meses.

Geralmente a insônia do bebê é reveladora de doença, tensão ou conflitos com a personalidade da mãe ou pessoa que a substitui.

Existem dois tipos de insônia:

**1) Insônia grave,** acompanhada de agitação, gritos, ou então apatia e depressão. Pode ser a primeira indicação de o bebê ser portador de uma psicose precoce.

**2) Insônia calma,** em que o bebê permanece tranquilo por longas horas do dia ou da noite, com os olhos arregalados, contudo sem sofrimento.

## Causas

**a)** Doença orgânica, febre, otite, infecção urinária, mau funcionamento do fígado e outras doenças.

**b)** Distúrbio neurológico devido à gravidez, parto difícil.

**c)** Erros na alimentação, excesso de açúcar ou farinha.

**d)** Quantidade de alimentos insuficiente.

**e)** Falta de disciplina de horário nas refeições.

**f)** Duração insuficiente de sucção.

**g)** Barulho, luz forte.

**h)** Agitação, visitas, passeios constantes.

**i)** Tensão, ansiedade, insegurança.

**j)** Fome, frio, calor, manipulação inadequada.

Os pais de uma criança que dorme mal esperam do médico um remédio, e não conselhos, que são necessários e menos perigosos, mas que exigem dos pais compreensão e às vezes sacrifícios, o que eles nem sempre estão dispostos a fazer. O sono induzido por medicamentos não tem o mesmo valor do sono natural.

## Tratamento

**a)** Consiste em verificar, por exames, os aparelhos digestivo, circulatório, respiratório, a temperatura corporal e exames de garganta, nariz e ouvido.

**b)** No caso de os diagnósticos se mostrarem desfavoráveis, é possível tratar-se de tensão, nervosismo demonstrado por gritos, agitação. O corpo é o lugar e o meio pelo qual o bebê envolvido num conflito exprime o seu mal-estar.

**c)** O tratamento mais indicado, antes de pensar em administrar sedativos, hipnóticos ou analgésicos, é tomar as seguintes providências se:

**1)** Verificar se ele está bem alimentado, saciado, se o seu despertar é provocado pela fome e o adormecimento pela satisfação alimentar.

**2)** Embalá-lo (ver link), colocar música suave e ritmada.

**3)** Presença humana.

**4)** Ter um ambiente tranquilo, sem agitação e ruídos fortes.

Se houver necessidade de usar um calmante, é preferível de início uma medicação antialérgica, que proporcione certa sonolência, e sem os inconvenientes de dependência sempre possíveis com a administração de sedativos e psicotrópicos em geral.

A administração de um medicamento hipnótico, para fazer a criança dormir, antes de examinar com cuidado a causa do seu mal-estar, tensão ou ansiedade, é um dos equívocos frequentes de pais e médicos.

## OS PAIS DEVEM LEVAR O BEBÊ PARA

# DORMIR NA SUA CAMA?

Algumas revistas de grande circulação nacional têm dedicado páginas a este problema. Geralmente os pais têm esta dúvida pelo fato de o bebê não dormir, acabar chorando, o que perturba o equilíbrio emocional do casal, pois este passou o dia trabalhando e também precisa dormir.

Foto: Image Source/Folhapress

Uma vez esgotados todos os conselhos descritos para o tratamento, muitas vezes a solução é levar o bebê para dormir na cama do casal. Até hoje não se conseguiu provar que crianças que dormiram com os pais quando bebês se tornaram, mais tarde, ansiosas,

de mau comportamento e baixo rendimento escolar.

Antigos hábitos de nossas avós ainda são válidos: embalar o bebê, niná-lo cantando velhas canções ou colocar músicas suaves e de baixa tonalidade. A atitude mais cansativa é andar com o bebê ao colo, com passo ritmado e sussurrando. A chupeta ainda é outro recurso empregado. Sentar-se numa poltrona ou balançar suavemente numa cadeira de balanço com o bebê ao colo e assistindo à televisão altas horas da noite torna o sacrifício da mãe mais suportável; o pai poderá também colaborar. Se a televisão agitar o bebê, o recurso é ligar o rádio numa música tranquila. Canções simples e monótonas ajudam a criança a dormir.

Os pais deverão verificar sempre se seu filho está com fome, sede, frio, calor ou febre.

Ressaltamos que o bebê deve ser habituado a repousar num lugar próprio, não sendo aconselhável a permanência dele na cama dos pais.

# Capítulo 13

# O terceiro mês

# O terceiro mês

*Sustentar a cabeça aos três meses é uma das provas de que o desenvolvimento psicomotor do bebê está adequado.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Peso** | 5.750g | 5.500g |
| **Estatura** | 61cm | 60cm |
| **Perímetro cefálico** | 40,5cm | 39cm |
| **Perímetro torácico** | 40cm | 38cm |
| **Ganho de peso mensal** | 750g | 750g |

No terceiro mês surge uma das tristes realidades da vida: as lágrimas. Lágrimas verdadeiras, pois as glândulas lacrimais começam a funcionar melhor por esta ocasião; entretanto há alguns bebês com funcionamento mais precoce.

O bebê participa do lar sorrindo e olhando as pessoas, balbuciando. Pode parar sua atividade para espiar a mãe, os irmãos, o pai ou outras pessoas. Reconhece a mãe e responde com todo o corpo à alegria de sua presença, balbucia e sorri diferente para ela. Ele a procura no quarto.

A expressão do seu rosto pode revelar alegria, prazer, indecisão, ansiedade e dor. Aos três meses os reflexos naturais automáticos começam a desaparecer

e surgem os da vontade, da percepção, revelando controle cerebral.

Ele já faz muitas coisas: levanta bem a cabeça e a sustenta para olhar melhor os objetos e as pessoas, segura objetos voluntariamente, sacode guizos, observa mãos e pés, se cansa de sons e figuras repetidas, murmura os sons A, E, O, balbucia, chora menos, fica acordado por mais de uma hora, pode brincar por meia hora. Não vendo luz, cores e sons, pode se concentrar por alguns minutos, olhando os brinquedos a distância. Para de chupar para ouvir, depois continua fazendo as duas coisas, olha para o brinquedo que faz barulho, pode sorrir para a mãe, estando esta a uma certa distância. A voz da mãe é o som favorito, pois ele o associa a calor humano, conforto e comida.

O passeio é necessário; quanto mais ele vê, mais ele aprende.

Alguns puericultores dizem que as mães estimulam mais os meninos do que as meninas nos primeiros meses de vida. Possivelmente porque os meninos dormem menos, exigem e gritam mais do que as meninas; em compensação, os pais parecem ser mais carinhosos com as meninas.

## A EDUCAÇÃO

Deve começar desde cedo. O desenvolvimento do bebê, nos seis primeiros meses de vida, é influenciado pelas qualidades dos estímulos que ele recebe de sua mãe ou da pessoa que a substitui.

O desenvolvimento emocional exige segurança, proteção contra a dor e contra a fome, estilo de vida, hora de sono e passeio, companhia para conversar com ele, o que a mãe deve fazer ao lhe dar alimentação, banho e nos passeios.

Até os três meses, os únicos meios de exploração e exercícios são o paladar, o olfato, a visão e a audição. As mãos, com o tato, virão mais tarde.

## PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES (DO TERCEIRO AO QUARTO MÊS)

### Banho

Controle a temperatura da água com um termômetro próprio para banheiras (entre 37º e 38ºC) ou utilize a parte interna do seu braço, onde a pele é mais sensível, como a do bebê. Segure sempre o bebê com o braço não dominante (braço esquerdo, se for destro, ou braço direito, se for canhoto) colocado no dorso, amparando também a cabeça. Separe tudo de que irá precisar com antecedência (toalha, produtos de higiene), evitando deixar a criança sozinha na banheira. Não é só o afogamento que deve ser evitado; também oferece perigo o simples mergulho com aspiração de água, que, chegando aos pulmões, pode provocar pneumonia. A mãe ou qualquer pessoa que tenha ataques epilépticos ou tendência a desmaios não deve dar banho no bebê quando estiver sozinha.

## Queimaduras

Além dos cuidados com a temperatura da água do banho, evitar comer, beber ou manusear objetos com líquidos quentes quando estiver com o bebê no colo.

## Quedas

Apenas o berço e o cercado são seguros. Nunca deixe o bebê sozinho em superfícies altas, como camas, sofás ou trocadores.

## Sufocação

Travesseiros e cobertores pesados podem ser perigosos. Bichos de pelúcia, almofadas e protetores de berço também oferecem perigo. Idealmente não deve haver nenhum destes objetos no berço do bebê, evitando que eles causem obstrução da respiração caso mudem de posição com os movimentos da criança. Lembrar que a distância entre as traves do berço deve ser menor que 6 cm de modo a impedir a passagem dos braços, das pernas ou da cabeça do bebê.

## Brinquedos

Deverão ser grandes, sem pontas ou gumes, fortes para não serem quebrados, mas ao mesmo tempo macios para não machucarem o bebê. São perigosos aqueles que podem caber dentro da boca. De pelo ou penugem não servem, pois podem causar alergia.

Devem ser isentos de tinta que possa ser absorvida quando na boca. Sempre optar por brinquedos adequados para a faixa etária e com o selo de certificação do Inmetro.

## Objetos

Alfinetes, botões pequenos, agulhas e contas devem ser evitados no berço ou no cercado ao alcance do bebê. Evitar o uso de cordões ou tiras para pendurar a chupeta.

## Berço

Deve ser de grades altas (no mínimo 60 cm), com intervalos pequenos entre as traves (menor que 6 cm), para evitar que o bebê introduza a cabeça ou os membros entre elas. Como mencionado anteriormente, evite colocar no berço qualquer objeto que ofereça risco de sufocação. Além de tudo não convém esquecer que a cama do bebê é, na verdade, o seu lar.

A cama com grades permite que o bebê fique olhando tudo o que se passa, e assim ele se diverte e

aprende, porque a observação é um excelente meio de exercício da inteligência.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Ele controla a cabeça, mantendo-a levantada com os braços estendidos quando deitado de bruços. Quando sentado com apoio a cabeça ainda titubeia. Acena para um brinquedo e consegue juntar as mãos no centro do corpo.

### Comportamento emocional

Seu sorriso é provocado em resposta aos agrados dos adultos.

### Capacidade de adaptação

Olha os brinquedos coloridos e sonoros e consegue acompanhá-los em um raio de 180º.

## Progresso da linguagem

Ele começa a vocalizar, balbucia vogais e faz sons como “ngah”. As vovós e titias são “especialistas” em interpretar palavras e significados.

## Comportamento pessoal e social

O bebê mostra-se sorridente, simpático, ou então de fisionomia séria. O sorriso não é o único presente que o bebê dá à sua mãe, mas também revela um bom apetite. Ele presta atenção às vozes e ouve música.

# O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

## Primeira prova

Sustenta a cabeça: é justamente a prova a que nos referimos anteriormente na evolução motora.

## Segunda prova

Faz movimentos espontâneos. Não são movimentos bruscos e impulsivos, como os do bebê de um a dois meses; são retardados, repetindo-se do mesmo modo diversas vezes, percebendo-se que o bebê está prestando atenção aos movimentos que faz.

## Terceira prova

Sorri. Se alguém, à distância de 25cm, provocar o bebê com gestos ou palavras, ele olhará e esboçará um sorriso. Aos três meses ele já é capaz de combinar dois sentidos: visão e audição.

## Quarta prova

Balbucia. São os primeiros sons que ele emite. As pessoas da família costumam interpretar isto do modo mais diverso possível.

## Quinta prova

Acompanha objetos que desaparecem. Ao lhe exibir um objeto à distância de 25cm, sustentando-o no mesmo lugar por alguns segundos, em seguida

deslocando-o e fazendo-o desaparecer, o bebê irá virar os olhos para o local em que desapareceu o objeto, fitando aquele local por alguns segundos.

## A ALIMENTAÇÃO AO TERCEIRO MÊS (NOVENTA A 120 DIAS)

De acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o bebê deve permanecer em aleitamento materno exclusivo até completar seis meses de vida. Isto significa que nos primeiros seis meses o bebê estará recebendo através do leite de sua mãe todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento adequados. Para um bebê bem amamentado, não há necessidade de oferecer água, chás ou sucos, que podem inclusive ser fontes de infecções intestinais, aumentando o risco de diarreia e desidratação. O leite materno é o melhor presente que uma mãe pode oferecer ao filho.

Quando há impossibilidade do uso exclusivo do leite materno, deve ser utilizada uma fórmula de leite infantil industrializada, que é preparada

rigorosamente de acordo com o códex alimentar e possui a quantidade de nutrientes adequada para cada faixa etária. Até o sexto mês devem ser usadas fórmulas de partida (possuem o número 1 no rótulo). Do sexto ao 12º mês usam-se as fórmulas de seguimento (número 2). Essas fórmulas apresentam diluição específica, geralmente de uma medida do pó para cada 30ml de água fervida e/ou filtrada, não havendo necessidade de adicionar nenhum outro componente como açúcar ou farinha. Preferencialmente oferecer a fórmula em copinho ou colher, que devem ser devidamente higienizados, desprezando-se os restos de leite. É importante lembrar que, neste caso, o bebê deve receber água fervida e/ou filtrada nos intervalos.

O leite de vaca integral (aquele em pó ou de caixinha/saquinho comprado no mercado) não deve ser utilizado para substituir o leite materno. Além de aumentar o risco de alergia quando oferecido antes do 12º mês, possui várias características que podem prejudicar o bebê. Enquanto as quantidades de proteína, sódio e potássio são muito altas (podendo haver sobrecarga dos rins), o teor de ferro, vitaminas (D, E e C), carboidratos e outros minerais é insuficiente. Segundo vários estudos, o leite de vaca é

pobre também em ácido linoleico, importante para a formação do sistema nervoso e o desenvolvimento do bebê. Além disso, em geral, o leite de vaca é engrossado com quantidades de farinha e açúcar muito acima das necessidades do bebê, levando à obesidade precoce.

## O ESQUEMA ALIMENTAR

No caso do leite materno ou do uso de fórmulas, deve ser respeitada a demanda do bebê. Alguns são mais vorazes e mamam em intervalos menores, enquanto outros toleram bem intervalos maiores. O importante é que seu bebê esteja ganhando peso de forma adequada. Outra forma de saber se o bebê está bem alimentado é pelo número de fraldas trocadas. Um bebê hidratado faz bastante xixi ao longo do dia.

*Alimentos sólidos só devem ser introduzidos após o sexto mês de vida.*

A quantidade de leite materno oferecido diretamente das mamas é difícil de ser mensurada. Já as fórmulas infantis devem obedecer a um

determinado volume, em geral de 25ml a 30ml para cada quilo de peso (que corresponde à capacidade do estômago do bebê), nunca devendo exceder 250ml.

Nesta idade, os bebês, em sua grande maioria, ainda precisam mamar durante a madrugada, sendo normal acordarem cerca de duas a três vezes por noite.

**A necessidade de ferro.** O ferro é um mineral muito importante porque é um dos componentes da hemoglobina, formadora dos glóbulos vermelhos. Bebês em aleitamento materno exclusivo recebem toda a quantidade de ferro de que necessitam até os seis meses. Para aqueles alimentados exclusivamente com fórmulas, só precisarão de ferro adicional os que receberem menos de 500ml da fórmula por dia. Lembrar que bebês prematuros, independentemente do tipo de alimentação, devem receber a complementação de ferro já a partir do trigésimo dia de vida, pois nascem com uma reserva deste mineral menor em relação aos bebês nascidos no tempo certo.

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA O TERCEIRO MÊS

**1)** *Baby-pack* (mochila)

**2)** O sono do bebê

**3)** Os pesadelos

**4)** O estrabismo (bebê vesgo)

**5)** O bebê e o sol

**6)** A mãe que trabalha fora

**7)** Bebê com cheiro de amônia

**8)** A importância dos avós

**9)** As creches

**10)** A evacuação do bebê

**11)** Sintomas de alerta

## *BABY-PACK* (MOCHILA)

É uma das maneiras de a mãe carregar o filho. Pode ser às costas ou na frente. Admite-se que o ritmo de caminhada da mãe e o calor do contato direto dão ao

bebê tranquilidade e segurança. A grande vantagem para os pais é que eles ficam com os braços e as mãos livres. Naturalmente, levar o filho às costas ou à frente requer um ajustamento muscular, e com o tempo os músculos do pescoço e das pernas se fortificam.

Nos supermercados e lojas, a mãe se cansa mais do que quando está passeando, devido à preocupação com as compras e por ficar parada durante mais tempo. Não há dúvida de que o *baby-pack* é muito mais seguro e prático do que levar o bebê no carrinho às lojas e edifícios com escadas rolantes, calçada e aeroportos.

Há dois tipos: o primeiro, para o bebê nos primeiros meses, em forma de saco. O segundo, para crianças maiores, um esboço de cadeirinha, para mantê-las sentadas. A mãe precisa de treino e prática; no começo deve contar com a ajuda de outra pessoa para colocar a criança em posição. Levar na frente, só até os três meses; depois, nas costas.

## Exigências

**a)** Devem ser laváveis.

**b)** Deve se ajustar com tiras ao bebê e às crianças

maiores.

**c)** Para o bebê pequeno, deve ter apoio para a cabeça.

**d)** Os de cadeirinhas não devem prender a circulação à altura do joelho, pois podem deixar as pernas dormentes e doloridas.

**e)** Deve ter cinto de segurança, impedindo que a criança fique de pé.

**f)** Deve ter armação acolchoada.

**g)** Argolas e fivelas devem ser seguras e as costuras, bem-feitas.

**h)** A armação deve ser leve, de alumínio.

**i)** Alças no centro, acolchoadas para o conforto da mãe, também são necessárias.

## O SONO DO BEBÊ

Não dê sedativos para o bebê dormir sem recomendação médica. A melhor posição para o bebê dormir é a de costas. Nunca coloque seu bebê para dormir de bruços. A posição de lado também oferece risco, já que é de transição, podendo o bebê se virar de bruços durante o sono. As fraldas devem ser

mudadas depois de toda evacuação, pois perturbam o sono do bebê. Com três meses, ele dormirá um pouco menos, em média quinze horas diárias. É importante manter o ambiente sempre calmo, sem ruídos ou luzes em excesso.

## OS PESADELOS

Eles podem ocorrer entre o terceiro e o sexto mês de idade. O bebê acorda chorando, agitado, e a causa pode ser o exagero de excitação do ambiente e o estímulo das pessoas. O pesadelo, e às vezes a insônia, podem ser devidos à neurose traumática consequente do parto difícil ou a doenças que se manifestam com sintomas dolorosos.

## O ESTRABISMO (BEBÊ VESGO)

O bebê pode, às vezes, apresentar-se vesgo, porque o controle dos músculos dos olhos ainda não está perfeito, sobretudo ao olhar um objeto próximo. Se

este sintoma persistir após os primeiros nove meses, deve-se procurar um especialista. Às vezes há uma falsa impressão de desvio devido à presença de uma prega de pálpebra no canto interno dos olhos.

## O BEBÊ E O SOL

O banho de sol diário é muito importante para o bebê, pois ajuda na fortificação dos ossos. O melhor horário é antes de dez da manhã e após as quatro da tarde, períodos do dia em que o sol é mais fraco e não queimará a pele do bebê. Apenas quinze minutos por dia já são suficientes, de preferência sem roupas. Vale lembrar que os protetores solares só estão liberados para uso após os seis meses de idade e, portanto, o bebê não deve ser exposto nos horários de sol forte.

## BEBÊ COM CHEIRO DE AMÔNIA

É comum, ao tirar-se a fralda, o bebê exalar um forte odor de amônia. Geralmente a mãe atribui isto à

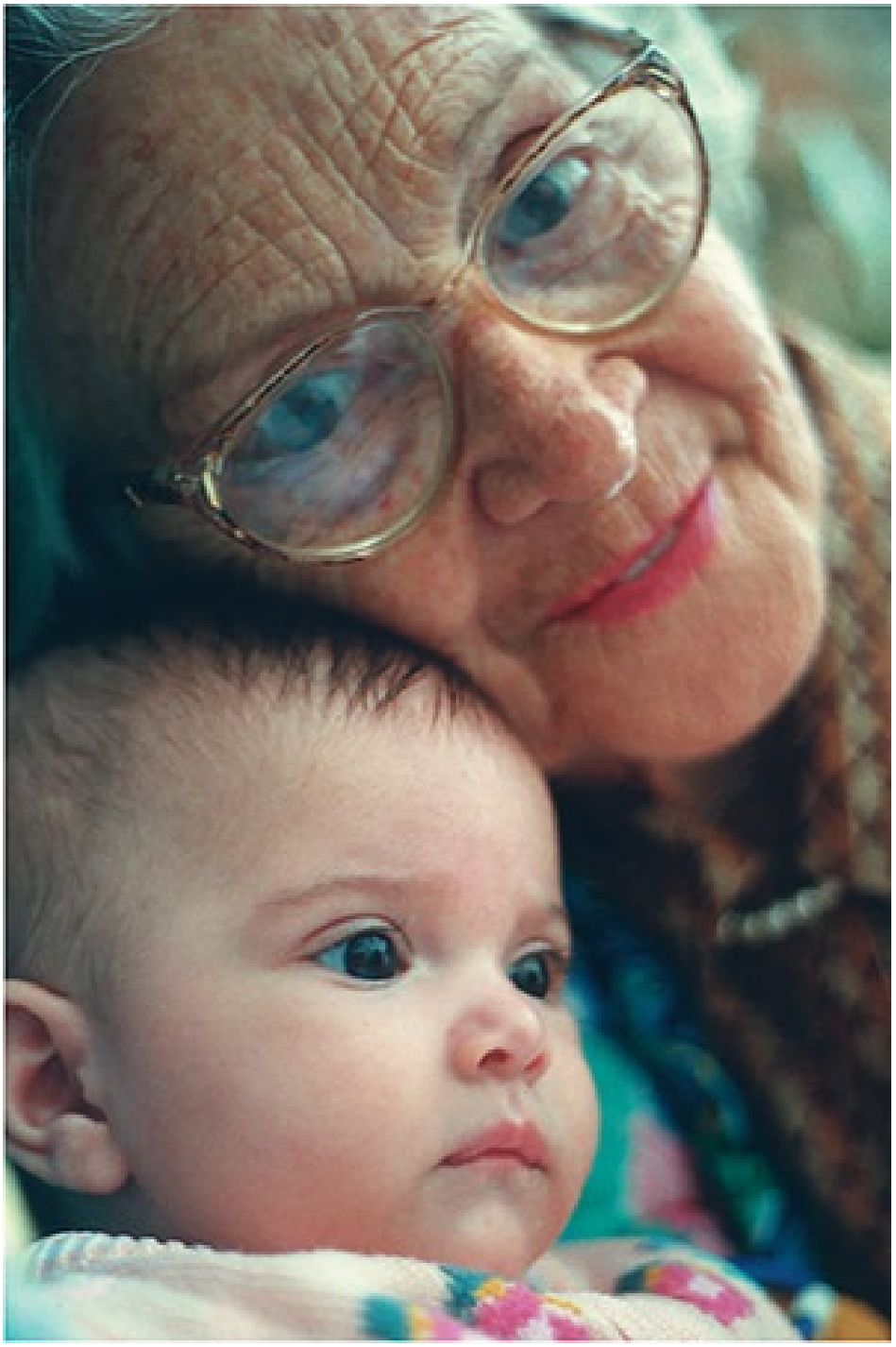
urina e à dieta. Na verdade a causa reside unicamente na própria fralda, que, quando não sendo perfeitamente fervida, contém bactérias que atacam a urina e produzem amônia, acabando por "assar" a pele do bebê. A melhor maneira de evitá-la ou curá-la consiste em ferver obrigatoriamente, por cinco minutos, todas as fraldas, e proteger a pele do bebê com óleo.

Outra medida consiste em mergulhar as fraldas numa mistura contendo um litro de água fervida e 1 colher (das de sopa) de vinagre branco. Atualmente, quando a maioria das crianças usa fraldas descartáveis, este problema quase desapareceu.

## A MÃE QUE TRABALHA FORA

Na Constituição Federal está regulamentada a licença-maternidade, que garante a toda mulher trabalhadora o direito à licença remunerada de 120 dias, podendo haver prorrogação de sessenta dias se o empregador aderir ao Progama Empresa Cidadã. O pai do bebê tem direito a cinco dias de licença após o nascimento sem desconto do salário. Além disso, é

importante lembrar que até o bebê completar seis meses a mãe tem direito à dispensa do trabalho pelo menos por dois períodos de trinta minutos para amamentar.



*Sempre que possível, aqueles que têm contato com os bebês devem ter a vacinação em dia.*

## A IMPORTÂNCIA DOS AVÓS

Uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria com crianças entre quatro e dez anos mostrou que a relação com os avós inspira alegria em 87% dos entrevistados. E o quanto antes esta relação se estabeleça, mais fortes serão os laços afetivos e a importância dos avós na vida da criança. Apesar de a cultura popular dizer que os avós "estragam os netos", sabe-se atualmente que o prejuízo da interferência negativa que os avós possam acarretar na educação dos netos, pela generosidade, pela bondade, é muito menor do que o causado por sua ausência. Naturalmente a figura bondosa dos avós, que procuram "passar a mão na cabeça" das crianças, quanto estas cometem travessuras, acaba até como ato de carinho, não interferindo verdadeiramente na criação. As crianças compreendem que os pais têm razão em dar a "sua bronca", e que os avós procuram desculpá-las.

## AS CRECHES

Para a mãe que não possa ficar em casa com o seu bebê, e não disponha da avó, um parente ou pessoa de confiança para substituí-la, a creche é a melhor solução, preferível a deixá-lo em casa com estranhos ou pessoas inexperientes.

É aconselhável, quando possível, até os dois anos de idade, que a mãe tenha um emprego de meio expediente e não integral. A creche ideal é a que tem uma atendente para três crianças, quatro no máximo, para manter um relacionamento de atenção, distrações e estímulos adequados ao bom desenvolvimento de cada criança. Deverá ter um fraldário e isolamento para bebês doentes e com assistência médica. Observe se os funcionários lavam as mãos após atender cada criança e se trocam os aventais e lavam as mãos para dar de comer. Desconfie das creches que não tomam estes cuidados. Quando levá-lo pela primeira vez, não o largue imediatamente. Passe algum tempo brincando com ele no novo ambiente. Também é aconselhável que a direção da creche mantenha sempre os mesmos atendentes, e não os mude constantemente.

## A EVACUAÇÃO DO BEBÊ

Um bebê alimentado exclusivamente ao peito pode evacuar a cada três dias ou até uma vez por semana, já que o leite materno é tão bem absorvido pelo organismo que pode não deixar resíduos. Outros evacuam mais de uma vez por dia, pois o reflexo chamado gastrocólico está ainda muito exacerbado — o bebê mama e evacua após cada mamada. Todos esses intervalos de evacuação são perfeitamente normais.

## SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

Segundo a Academia Americana de Pediatria, alguns sinais negativos devem ser comunicados ao pediatra imediatamente:

**1)** Quando o bebê não parece reagir aos sons altos.

**2)** Quando ele não nota as próprias mãos.

**3)** Não percebe a voz materna.

**4)** Não segura objetos.

**5)** Não acompanha com os olhos os objetos em movimento.

**6)** Não sorri para os pais e pessoas próximas.

**7)** Não sustenta a cabeça quando fica de bruços.

**8)** Não leva objetos à boca.

**9)** Sente dificuldade em mover os olhos em todas as direções.

**10)** Apresenta dificuldade com as pernas.

# Capítulo 14

# O quarto mês

# O quarto mês

*Aos quatro meses, o bebê começa a brincar com as próprias mãos, e, quando colocado de bruços, levanta a cabeça e também os ombros, apoiando-se nos cotovelos.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 6.350g | 6.100g |
| **Estatura** | 62cm | 61cm |
| **Perímetro cefálico** | 41,5cm | 40cm |
| **Perímetro torácico** | 41,5cm | 39,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 600g | 600g |

Ele sorri e balbucia. Reconhece as pessoas, interessando-se mais por elas do que pelos objetos. Pode se manter interessado durante uma hora. Demonstra preferência por algum tipo de brinquedo. Ri quando estimulado, ficando excitado e com a respiração acelerada.

Também se aquieta com música suave. Gosta de ficar no colo, na posição semissentada, não quer ficar na cama o tempo todo; é a hora do bebê-conforto. Para o bebê de quatro meses tudo é brincadeira: mamar, tomar banho, passear.

O bebê apresenta episódios de tosse, sem que isto signifique necessariamente alguma doença. Do

engasgo com salivação ele acha graça, mas o engasgo com alimento não; ele se assusta e se torna ansioso porque sente perigo. Seu desenvolvimento motor apresenta progressos:

**a)** Mexe com os dedos.

**b)** Consegue segurar objetos pequenos, pegando-os e soltando-os.

**c)** Deitado, vira a cabeça em qualquer direção, e a levanta se apoiando nos cotovelos.

**d)** Deitado, gosta de ver suas mãos e seus pés.

**e)** Apoiado, senta-se por alguns segundos. É o período da função dos dedos: olha-os, coloca-os na boca e segura tudo o que está a seu alcance. A visão se aproxima da do adulto. Pode discriminar duas cores. Segue objetos com os olhos, virando a cabeça. Aos quatro meses já demonstra conhecer sua mãe. Alguns aceitam estranhos, outros não.

Já se pode admitir o início da linguagem, pois ele começa a vocalizar sílabas, dá gritos fortes. Vocaliza para se divertir por uns trinta minutos e gosta de ouvir o barulho que faz. Quando alguém fala, ele sorri e gargareja. Os sons têm algum significado, alegria, protesto ou zanga.

O seu dia se resume em comer, dormir e se

distrair. O período em que ele está mais esperto é à tarde, entre as três e as sete horas; é a hora da visita dos avós, vizinhos e amigos. Estes não devem exagerar nas brincadeiras e nas festinhas, porque ele dormirá mal. Visitas à casa de parentes e a festas de aniversário são absolutamente contraindicadas. Ele adora ser tirado do berço e olhar o ambiente de outro ângulo. Deixar o bebê no berço, com panos em volta, que não permitam sua visão, é uma maldade, porque ele gosta de ver as pessoas que está "ouvindo".

Se o bebê está acostumado a ver a mãe, a babá, a avó ou um parente, ele estabelece uma conexão e aceita a substituição. Nunca se deve deixar um bebê pela primeira vez com uma pessoa estranha, o que pode ser um desastre. Imagine uma pessoa, de qualquer idade, ficar sozinha com uma pessoa que nunca viu em seu quarto, que trauma emocional!

A idade de quatro meses é a melhor época para a educação e o início da maior integração entre a mãe e seu filho. Ela deve respeitar a individualidade, isto é, a personalidade dele, atendendo a três *pontos fundamentais*:

**1)** Respeitar as suas preferências em matéria de paladar (quando em uso de fórmulas infantis).

**2)** Ter paciência com sua forma de tomar as refeições

(demorada, com colher etc.). Também quanto ao uso de fórmulas infantis ou do leite ordenhado.

**3)** Conformar-se com suas horas de sono (há os que dormem muito, os que dormem pouco, os que tiram sonecas rápidas e os que esperam companhia). Aos quatro meses ele é mais perceptivo, expressivo. Reconhece a voz da mãe ou da babá. Está habituado a certa rotina e espera que esta se mantenha, assim como observa o preparo de seu banho. Ao apanhar objetos com a mão e levá-los à boca, está aprendendo a perceber a diferença da consistência deles. Também nesta idade a educação começa pelos brinquedos, que podem estimular sua inteligência com exercícios mentais. Os brinquedos, além de distrair ou ocupar os bebês, os ensinam a perceber sua consistência (duro, macio, áspero, elástico), a diferença de cores e o espaço.

## Nesta idade, o bebê gosta especialmente de:

**1)** Ser tirado do berço e ser colocado num espaço maior.

**2)** Ficar livre de roupa.

**3)** Passear de carrinho.

**4)** Mudar da posição deitada, durante instantes, para o colo, sentado ou apoiado em um carrinho.

**5)** Segurar um chocalho e fazer barulho.

**6)** Sugar o peito ou a mamadeira, bem como o polegar, ou até um brinquedo. Ele detesta barulho, mudanças e saídas bruscas. Cada bebê é diferente de outro. A mãe não deve transformá-lo em campo de experiência. Deve estar atenta às suas necessidades. Toda mãe é dotada de um sexto sentido; é o instinto que torna perceptível qualquer modificação no seu bebê.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Ele mantém a cabeça erguida quando no colo. Mantém a posição simétrica quando deitado de costas, se apoia nos cotovelos. Observando as próprias mãos, movimenta-as diante dos olhos. Segura um chocalho com as mãos e o examina.

Procura utilizar as mãos para alcançar um brinquedo.

## Comportamento emocional

É mais tranquilo com a mãe e mais agitado e brincalhão com o pai. Normalmente é carinhoso.

## Progresso da linguagem

Verbaliza alguns sons (semelhante ao gargarejo), mostra habilidade para emitir e diferenciar alguns sons, balbuciando vogais (A, E, U).

## Comportamento pessoal e social

Sorri espontaneamente. Vimos que, no mês anterior, o sorriso do bebê é provocado. Ele brinca com as mãos. Não é afetado pela presença de estranhos ou se fica sozinho.

## Brinquedos (seu interesse e preferência)

Os brinquedos devem ser resistentes e laváveis,

porque a criança poderá levá-los à boca (como o primeiro chocalho), e, muitas vezes, estes brinquedos estiveram nas mãos de adultos ou então no chão. Devem ser grandes o bastante para não caber por inteiro na boca, provocando engasgo ou sufocação.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Ele procura com os olhos a origem de um ruído: uma pessoa, colocada fora do campo visual do bebê, toca uma campainha; a criança olhará logo em seguida para o local de onde foi emitido o som.

### Segunda prova

Ele apoia a cabeça e os ombros nos antebraços: colocado de bruços, não só levantará a cabeça como aos três meses, mas também os ombros, apoiando-se nos cotovelos.

## Terceira prova

Reage à interrupção de um contato. A pessoa debruçada sobre o berço deve procurar diverti-lo, brincando, fazendo caretas ou usando qualquer objeto e, repentinamente, se afastar. O bebê reage, às vezes, chorando ou com demonstrações de desagrado, fazendo beicinho.

## Quarta prova

O bebê percebe a mudança de fisionomia. Uma pessoa, debruçada sobre o bebê, olha-o tranquilamente por alguns segundos e em seguida afasta-se e coloca uma máscara qualquer, de preferência de um bicho. Percebe-se, claramente, a expressão de surpresa do bebê, como um franzimento da fronte, fazendo beicinho ou chorando. Às vezes essas alterações são acompanhadas de movimentos.

## Quinta prova

Ele segura objetos. Colocando na sua mão uma

sineta, o bebê a segura firmemente, não a soltando com facilidade.

## A VACINAÇÃO

No quarto mês deverá ser aplicada a segunda dose da vacina pólio injetável contra a paralisia infantil (Salk ou eIPV) e a segunda dose da primeira vacina Tríplice bacteriana — difteria, coqueluche e tétano (ver link) — e a segunda dose da vacina anti-hemófilos (ver link). A segunda dose da primeira vacina Tríplice bacteriana pode provocar uma reação local (vermelhidão) ou generalizada (irritação e febre). O pediatra deve estar atento à reação, que pode ser imediata ou tardia. A vacina Tríplice bacteriana DTPa é a que proporciona menor reação (ver Vacinas Disponíveis e tabela).

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA O TERCEIRO MÊS

**1)** Audição

**2)** Os objetos de estimação

**3)** Lanugem

**4)** Obstrução nasal

**5)** O telefone

**6)** Bebê-conforto

**7)** O vídeo do bebê

## A AUDIÇÃO

Do quarto ao sexto mês é o período de se avaliar a capacidade de audição do bebê; em caso de dúvida, consulte seu pediatra. A mãe, ou quem cuida do bebê, é a pessoa capaz de orientar o pediatra quanto à capacidade de ver e ouvir, ou não, da criança.

## OS OBJETOS DE ESTIMAÇÃO

Eles são muito importantes na vida do bebê,

acompanhando-o por muito tempo. O bebê se identifica com bichinhos de pelúcia, sempre fofinhos, objetos móveis e coloridos, travesseiros, fraldas, lençóis pequenos e macios, e só dorme com eles, chupando-os, mordendo-os e "conversando" com eles, que às vezes permanecem com a criança até o fim do segundo ano de vida, ou mais. Alguns psicólogos os veem como passagem da dependência total para a independência parcial da mãe. É uma substituição que também conforta o bebê e o torna feliz.

É prudente manter a higiene desses objetos, lavando-os semanalmente pelo menos, e depressa, porque o bebê não pode passar uma noite sem eles!

Algumas crianças são alérgicas, não podendo ter objetos de estimação, a menos que sejam antialérgicos e laváveis. Cuidado com brinquedos de pelúcia, eles podem causar alergia respiratória. Sua limpeza deve ser feita com sabão neutro e um enxágue prolongado é importante para que não fiquem resíduos cáusticos, que podem ser levados à boca e provocar doenças (esofagite, gastrite).

A criança custará a se separar desses objetos; nas viagens é indispensável levá-los, são verdadeiros tranquilizantes!

Eles são denominados “objetos transitórios”, porque ajudam a criança a fazer a transição emocional da dependência para a independência. São úteis e não sinais de fraqueza ou insegurança.

## A LANUGEM

A presença abundante de pelos no corpo do bebê desde o primeiro mês deve desaparecer definitivamente por volta dos quatro meses, deixando uma pele macia e lisa.

## OBSTRUÇÃO NASAL (NARIZ ENTUPIDO)

A criança deve respirar pelo nariz e não pela boca. O nariz é o “filtro” dos pulmões. As narinas podem se apresentar entupidas por infecção ou alergia. Só devem ser desobstruídas se o bebê tiver dificuldade para respirar; se estiver apenas roncando não é necessário o uso de gotas nasais. Para evitar a alergia deve-se evitar poeira, penas, pelos de cachorro e de

gato. Perfumes, sprays, cera para assoalhos, desodorantes e outras substâncias com odor forte podem causar alergia. As gotas nasais não devem ser usadas constantemente. Seu uso prolongado pode causar edema ou inflamação da mucosa do nariz. Algumas gotas administradas em combinação com medicamentos podem levar a intoxicações graves.

## OS PAIS E O TELEFONE

O telefone é um grande recurso prático, facilitando a assistência médica, mas deve ser usado com bom senso. Um telefonema ao pediatra serve para esclarecer uma prescrição anterior, resolver dúvidas e pôr fim a preocupações. Também permite, em caso de emergência, um conselho imediato até ser tomada a providência adequada. Favorece as consultas sem maior gravidade e urgência, facilitando o controle da evolução das doenças.

Serve para solicitar a presença do pediatra nos casos em que não for possível levar a criança ao hospital ou consultório. Um chamado urgente, fora de hora, deve ser bem pensado, e somente no caso de sinais e

sintomas graves e/ou repentinos. Nunca espere o dia inteiro com uma criança doente para chamar o médico tarde da noite. Os pais ou o responsável, ao telefonar para o pediatra, devem estar preparados:

**a)** Saber perfeitamente os sinais e sintomas que vão relatar sem exagerá-los ou omiti-los.

**b)** Tirar antes a temperatura da criança.

**c)** Relatar a medicação já feita por sua iniciativa ou cumprindo determinação anterior do médico.

**d)** Estar com caneta e papel.

**e)** Uma vez feito o relatório, ouvir atentamente as recomendações do médico.

**f)** Evitar um diálogo como se estivesse falando com parentes e amigos, queixando-se de fatos fora do assunto, desgraças na família, falta de empregados, falta de água e outras lamúrias que não se referem à doença da criança.

**g)** Evitar pedir consultas para mais filhos no mesmo telefonema. Use o tempo estritamente necessário.

De modo geral o pediatra não se aborrece com os telefonemas; porém os clientes não devem se esquecer de que quando telefonam para a residência do pediatra estão interrompendo a refeição, o sono, a leitura, o estudo ou o convívio dele com sua família.

Um caso realmente necessário ele compreenderá, porque é uma contingência da sua profissão; entretanto, os abusos repetidos e inúteis acabarão por irritá-lo, fazendo com que termine a estima ou o respeito pelo cliente. O telefone é um instrumento extraordinário, que põe imediatamente ao alcance da mãe o médico de seu filho. Devemos admitir que a maior parte da classe pediátrica tem-se mantido com notável correção profissional. Se os pais não pedem sua presença, eles atendem pelo telefone, às vezes arriscando sua reputação, porque estão receitando sem examinar o clientezinho, às vezes bondosamente, para não onerar despesas aos pais. Mas no caso de a criança não melhorar com a primeira prescrição ao telefone, ela deve ser examinada, e os pais não devem insistir em obter nova receita pelo telefone. No caso de o pai desejar a presença do médico e perceber que ele está em dificuldades de atendê-lo, deve manifestar claramente seu desejo, solicitando ao pediatra a indicação de um assistente ou clínica de urgência da sua confiança.

## O BEBÊ-CONFORTO

*O bebê-conforto é um equipamento muito útil.*

Como o berço e o carrinho, o bebê-conforto é um equipamento muito útil e comum entre os pais pelas possibilidades que fornece:

**a)** Permite que o bebê tenha melhor visão do

ambiente.

**b)** Após as mamadas, o bebê pode ser colocado por meia hora na posição oblíqua, que facilita a eliminação dos gases do estômago.

**c)** Pode ser colocado no carrinho de passeio para o bebê melhor admirar a paisagem, as pessoas e coisas.

**d)** É fácil de transportar.

**e)** Pode ser usado desde o nascimento como transporte, sempre na posição oblíqua, nunca devendo ser usado na posição sentada, pelos perigos de lesão do sistema nervoso central.

## Exigências em relação ao bebê-conforto

**a)** As bases devem ser largas para evitar a queda do bebê.

**b)** Os suportes devem ser fortes e firmes.

**c)** A concha que o suporta não deve ser muito lisa, de verniz ou tinta fina; é preferível ser áspera para o bebê não escorregar.

**d)** Deve ter duas correias: uma para segurar o corpo e outra entre as pernas, para não escorregar.

**e)** Os modelos atuais têm alças para serem carregados e uma base independente para ser afixada ao cinto de segurança do banco traseiro dos automóveis. Nenhuma alta hospitalar é permitida se os pais não tiverem o bebê-conforto transportador e seu dispositivo de base afixado ao cinto de segurança do banco traseiro do carro. Este é o único local em que um bebê pode ficar num carro americano.

## Cuidados

**a)** Não o coloque em cima de mesas, máquinas de lavar roupas ou balcões de armazéns, farmácias e magazines.

**b)** Instale a criança da maneira correta; a cabeça é mais pesada do que o corpo, desequilibra-se com

facilidade, podendo cair para trás.

**c)** Mantenha atenção permanente, sobretudo com os mais espertos ou agitados.

**d)** Não deixe de prender as correias.

**e)** Nunca o deixe na posição sentada.

## O VÍDEO DO BEBÊ

Os americanos consideram que as crianças começam a se identificar umas com as outras a partir dos quatro meses de idade. Verificaram que nesta idade elas se interessam mais, observando a fisionomia dos bebês da sua idade. Este conhecimento está sendo comercialmente explorado com sucesso em vídeos que apresentam rostos de bebês. Seus produtores afirmam que esses vídeos acalmam os bebês e despertam sua curiosidade. A Academia Americana de Pediatria ainda não se manifestou quanto à sua real utilidade.

# Capítulo 15

# O quinto mês

# O quinto mês

*O pai é muito importante para o desenvolvimento do bebê, participando ativamente da criação seu filho desde seus primeiros dias de vida.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (em média)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 6.950g | 6.700g |
| **Estatura** | 63cm | 62cm |
| **Perímetro cefálico** | 42cm | 41cm |
| **Perímetro torácico** | 41,5cm | 40,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 600g | 600g |

O pai é muito importante para brincar e conversar com o bebê, que assim ficará mais receptivo e terá seu desenvolvimento fortalecido, mais do que se permanecesse sempre com a mãe. Hoje o pai tem participação ativa na criação do filho, desde os primeiros dias de nascido. É necessário chamar a atenção das mães para que não tratem o filho como sendo de sua única propriedade. A criança terá de construir seu próprio destino. A mãe deve incentivar a independência da criança. É neste momento importante que se fortalece a presença do pai, a pessoa que a mãe aceita e com quem se mostra contente.

A função do pai é dividir a atenção da criança, desenvolvendo a individualidade na percepção do bebê. No caso de esta função paterna falhar, o filho não consegue se separar da mãe, prejudicando toda sua personalidade, tornando-o confuso. A consulta a uma psicóloga, para analisar as circunstâncias de cada caso, poderá dar uma orientação adequada.

A expressão do rosto do bebê já demonstra medo, desagrado, zanga. Ele faz careta por imitação, sorri e percebe sua imagem ao espelho. Levanta os braços para ser tirado do berço. Sorri e vocaliza para fazer contato social. Reage quando alguém quer tirar seu brinquedo. Reconhece seus brinquedos. Abaixa-se para ver o que cai. O bebê quietinho dos primeiros quatro meses mudou. No quinto mês ocorre a explosão das atividades. De costas, ele levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se com as mãos. Tenta se arrastar, rolar e brinca com os chocalhos. Leva o pé à boca e chupa o dedo do pé. Consegue apanhar objetos e trocá-los de mão.

A audição já está desenvolvida, e ele pode virar a cabeça se você o chamar. E para de chorar quando alguém fala com ele.

A linguagem também está se aperfeiçoando; ele usa as vogais A, E, U e as consoantes D e B. Vocaliza

"blá-blá" para ele mesmo ou para seus brinquedos. Balbucia para interromper a conversa dos outros, chamando a atenção para si. Começa a perceber seu nome. Grita por companhia, reclamando a presença de pessoas conhecidas. Aos cinco meses o bebê tem necessidade de chupar e morder. Usa a boca e a língua para experimentar objetos, como os adultos usam as mãos e os olhos. Deve ser deixado fora do seu alcance aquilo que ele pode levar à boca. Nunca deixe perto dele objetos que não sejam grandes, laváveis e sem tinta, e se caírem no chão lave-os outra vez.

É a época propícia para o treinamento das funções dos braços e pernas. A movimentação dos braços no primeiro e no segundo meses de vida é um treinamento motor indispensável e agradável para as crianças; todo desenvolvimento neuromuscular do bebê nos seus primeiros meses de vida deve ser feito por meio de diversão, estimulado pelo ambiente, pelas solicitações dos adultos ou pela presença de brinquedos.

Aos cinco meses, sua visão está se aperfeiçoando, e ele pode diferenciar seus pais. Sua sensibilidade à presença de estranhos aumenta. Começa a fase de "estranhar as pessoas". Ele começa a fazer isso porque

é o início da percepção da diferença entre ele e estas; as avós ficam desapontadíssimas se não são reconhecidas. Não o force a ir com as pessoas, parentes, vizinhos ou amigos; espere que ele os aceite. O que ele teme é o barulho, barulho de portas, pessoas falando alto. Aos poucos ele se habituará com o ritmo da casa.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Quando virado de bruços, ele rola na cama. Apoia-se nas palmas das mãos, procurando se levantar. Cuidado com suas quedas.

### Comportamento emocional

Se, aos três meses, o bebê sorrir, e aos quatro der risadas, aos cinco meses ele dará gargalhadas. Inicia-se a manipulação das suas emoções, e ele procura tirar partido de momentos de choro e de alegria.

## Capacidade de adaptação

Ele já percebe a mudança de ambiente, e olha, espantado, quando é mudado de quarto.

## Progresso da linguagem

Modifica os sons, enriquecendo a variedade de vogais (Ah... Eh... Ih... Uh...).

## Comportamento pessoal e social

Percebe cores diferentes, quando muito vivas. Segue com o olhar o movimento das pessoas.

## Brinquedos (seu interesse ou preferência)

O primeiro animalzinho de borracha... que não deve soltar tinta. Deverão ser evitados os de lã, sendo aconselháveis os de material antialérgico. Os brinquedos deverão ser acessíveis, manuseados, mas suficientemente grandes para evitar que possam ser aspirados ou engolidos.

## Primeira prova

Interesse pelas cores. Apresente ao bebê um cartão branco a cerca de 25cm de distância dos olhos dele, sustentando-o por algum tempo até ele se desinteressar. Em seguida, apresente-lhe outro, mas vermelho. O interesse pelo segundo deverá ser logo manifestado.

## Segunda prova

Ele segura um objeto. Leve um objeto até o bebê, para que ele o sinta com a ponta dos dedos; logo em seguida ele o agarrará.

## Terceira prova

O bebê se sustenta com as palmas das mãos. Deixando-o de bruços, não apenas levantará a cabeça, como no terceiro mês, ou se apoiará nos cotovelos, como no quarto mês, mas procurará se levantar, apoiando-se nas palmas das mãos.

### Quarta prova

Observa as pessoas que caminham pelo quarto. Esta prova é percebida mais nitidamente quando uma pessoa brinca com o bebê e, em seguida, se afasta. Ele continuará a olhando e acompanhando enquanto estiver no quarto.

### Quinta prova

Percebe a mudança de ambiente. Uma pessoa leva o bebê ao colo para outro quarto, aproximando os objetos do campo visual do bebê. Ele olhará com interesse para todos os lados.

## A ALIMENTAÇÃO NO QUINTO MÊS (150 A 180 DIAS)

O recém-nascido que ainda suga e apalpa o peito, mesmo depois de ter sido alimentado, começa a realizar uma distração que as mães, na sua

simplicidade, chamam de "brincar de mamar". Deste modo ele está aprendendo, sentindo o cheiro, a temperatura do corpo materno, que é o primeiro representante do mundo exterior do psiquismo da criança. A alimentação do bebê deve continuar sendo baseada no aleitamento materno exclusivo. A mãe notará que as mamadas ficaram mais longas e com intervalos de tempo maiores.

Se já foi iniciado o uso de fórmulas infantis como o Nan ou Aptamil, a mãe, além do leite, deve lhe oferecer água, principalmente nos dias mais quentes. Crianças amamentadas ao peito não necessitam de água.

## OS BRINQUEDOS (O SEU VALOR)

Ao quinto mês a criança não brinca realmente com seus brinquedos. Ela os prova, lambe, morde, atira fora quando se aborrece com eles. O tempo de interesse é curto. Os brinquedos:

**a)** Ajudam a criança a se divertir e a descontrair.

**b)** Ajudam o desenvolvimento das habilidades motoras.

**c)** Fornecem informações e ideias.

**d)** Testam a sensibilidade.

**e)** Fortalecem os contatos familiares e sociais.

**f)** Induzem à compreensão do mundo ao seu redor.

**g)** Permitem aos pais descobrir o passatempo preferido dos filhos.

## Os brinquedos devem ser:

**a)** Leves, principalmente de plástico.

**b)** Alegres, com cores vivas.

**c)** Grandes, para não serem engolidos nem levados à boca.

**d)** Sem pontas ou arestas, arredondados.

**e)** De consistência variável, uns duros, outros macios, lisos ou ásperos.

**f)** Lavados com sabão neutro e água quente duas vezes por semana, ou quando outros bebês ou visitas estiverem brincando com eles. Estes cuidados deverão ser sempre observados.

**g)** Certificados pelo Inmetro, o que garante que as tintas utilizadas não são tóxicas.

Existem os brinquedos para o bebê ver, porém o mais indicado é que ele possa agarrá-los e sacudi-los. Respeite a classificação de idade estipulada pelos fabricantes e orientadas nas caixas. Às vezes achamos os briquedos inofensíveis porém eles possuem peças menores que podem se soltar e ser engolidas pelo bebê.

As crianças precisam de brinquedos. Não é necessário ter muitos; o importante é que sejam brinquedos para a sua idade. Bichos e bonecos, grandes e macios, que não larguem pelos nem tinta. A característica essencial do brinquedo infantil não está no material usado ou no seu tipo de função, nem ainda no resultado obtido, mas na atitude subjetiva, isto é, o que a criança sente durante a brincadeira. Esta atitude é a vivência do prazer, de uma alegria intensa, e já nos demonstra o grau de necessidade que a criança tem de se divertir (atividade lúdica).

A necessidade de recreação, especialmente a recreação adequada à idade da criança, é básica em toda infância. Os pediatras estão habituados a encontrar no exercício clínico distúrbios de comportamento desta necessidade, e os sinais e sintomas vão desde a agressividade às alterações de sono e à grande irritabilidade, mais tarde à falta de

boa adaptação social e, mais adiante ainda, ao baixo rendimento escolar.

## As funções mais importantes dos brinquedos são:

**a)** Aprendizado concreto do mundo exterior.

**b)** Imitação de papéis sociais, de professora, de pai, de mãe, de médico.

**c)** Construção da criatividade.

**d)** Treinamento das funções corporais, sobretudo das pernas e dos braços, e de modo geral de todo o organismo.

A mãe que trabalha fora, entre o quarto e o quinto mês de vida da criança, poderá voltar a trabalhar. Ela tem por direito 120 dias de licença, e grande parte das vezes consegue mais um mês com atestado médico ou pela generosidade do seu chefe e dos colegas. Na verdade deveriam ter um ano, para poder cuidar bem dos seus filhos. Atualmente, a lei nº 11.770 prevê a possibilidade de prorrogação de sessenta dias da licença, mediante concessão de incentivo fiscal ao empregador. Ao se ausentar, se não tiver um parente ou pessoa já conhecida do bebê, a

quem ele esteja habituado, o mais indicado é levá-lo para uma creche, sobretudo se houver uma no seu local de trabalho; o pior é ter de deixá-lo em casa sozinho com uma empregada nova e estranha.

## PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES (CUIDADOS DO QUINTO AO SÉTIMO MÊS)

## Banho

Perigo! Nesta idade o bebê já consegue se movimentar! Já se senta; nunca o deixe sozinho, sentado na banheirinha. Cuidado também com o tampão do ralo da banheira, pois ele pode levá-lo à boca, tentando engoli-lo.

## Sufocação

Vigiar sacos plásticos ou papéis impermeáveis nos quais o bebê possa introduzir a cabeça.

### Queda

Só a cama com grades altas e o cercado são realmente seguros.

### Brinquedos

Devem ser grandes, redondos e inquebráveis.

### Objetos

Alfinetes, pregos, moedas, botões pequenos, agulhas e contas devem ser evitados, tanto na cama como no colchão.

## CONSELHOS ÚTEIS

**a)** Sono — depois de três a cinco meses, o bebê dorme de sete a oito horas por noite, sem acordar. Depois dos cinco meses procure mantê-lo acordado por mais tempo durante o dia para ele dormir melhor à noite. Não o coloque para dormir antes das

dez horas. Entre os seis e os oito meses, mantenha-o entretido com seus brinquedos favoritos. Ele se ocupará deles, deixando seus pais dormirem, até pegar no sono. Se ele acordar, deverá ser por sede, fome, gases ou por sua fralda estar molhada.

**b)** Quebra da rotina — Alguns pediatras aconselham entre os quatro e os sete meses levá-lo para almoçar na casa dos avós ou fazer passeios curtos e agradáveis. O bebê começará a compreender também todas as mudanças que forem colocadas diante dele.

**c)** Entre os quatro e os sete meses ele mudará de personalidade de modo dramático. Indicará se será quieto ou alegre, se vai se divertir com brincadeiras ou não. Começará a perceber que os objetos continuam a existir, mesmo quando estão fora do seu campo de visão. Começará a perceber que seu chocalho faz barulho quando ele o sacode, começará a compreender certas coisas.

**d)** Vista-o com roupas de algodão, que fiquem em contato direto com seu corpo. Os tecidos sintéticos (dácron, poliéster ou náilon) podem provocar irritação da pele e aparecimento de brotoejas, pois impedem a transpiração. Em alguns bebês o uso dessas roupas os torna inquietos, irritados e perturba seu sono.

**e)** Nunca fume (em qualquer circunstância), coma, beba ou carregue qualquer coisa quente tendo o bebê ao colo.

**f)** Acompanhe com atenção no decorrer dos meses o desenvolvimento da inteligência emocional e física do bebê, descritos neste livro. Se ocorrer qualquer problema, comunique imediatamente ao pediatra.

**g)** Não deixe de vacinar seu bebê nas datas aconselhadas.

# Capítulo 16

# O sexto mês

# O sexto mês

*Aos seis meses, o bebê já gosta de ficar sentado quando apoiado; percebe a presença de estranhos e reconhece as pessoas da família.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 7.550g | 7.300g |
| **Estatura** | 64cm | 63cm |
| **Perímetro cefálico** | 43cm | 42cm |
| **Perímetro torácico** | 42,5cm | 41,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 600g | 600g |

A inteligência, ou raciocínio, e o relacionamento social do bebê tornam-se evidentes ao sexto mês. A voz humana, especialmente a da mãe, é muito importante para o seu desenvolvimento geral, sobretudo para a fala. Conversar com o bebê é extremamente importante para o seu desenvolvimento mental. Não é bom que os pais sejam muito calados; isto gera pouco estímulo. A presença de irmãos brincando com ele, apesar do perigo de possíveis acidentes, facilita o desenvolvimento mental e social do bebê. O brinquedo e o ato de brincar são os grandes recursos

para o desenvolvimento e a educação. Um grande brinquedo, e muito barato, é uma folha de papel; ele a pega, olha, dobra, rasga e acaba levando à boca para verificar se é dura, macia ou se tem gosto. Ele já começa a brincar de esconder o rosto com uma fralda e percebe a mãe perguntar pelo seu nome e onde ele está.

Gosta que as pessoas o notem. Chama os pais ou a babá para ajudá-lo.

Vira-se quando é chamado, estranha pessoas desconhecidas, para de chorar ao ouvir música. Os sons altos o assustam, ele é capaz de prestar atenção em alguma coisa por até trinta minutos seguidos. Pega depressa tudo o que estiver ao seu alcance, é um perigo!

Pode permanecer sentado na cadeirinha até por duas horas, brincando com seus brinquedos. Precisa de ajuda para se sentar.

Não compare o desenvolvimento dos movimentos do seu filho com o de outros bebês. Não fique assustada se algo parecer estranho; cada bebê tem um ritmo próprio de crescimento e desenvolvimento. Nem todos os bebês se sentam aos seis meses e ficam de pé entre nove e onze meses. Converse sempre com o pediatra.

Sua linguagem também está se desenvolvendo. Balbuciar é a sua grande ocupação. Pode grunhir quando em dificuldade ou prazer, desapontado ou desagradado. Vocaliza novas consoantes, como Z, F e T. Gargareja por brincadeira. Resmunga para se queixar. Os bebês que balbuciam mais e com tonalidades diferentes demonstram um excelente desenvolvimento da inteligência.

A mãe não deve ficar separada do seu bebê durante o período em que ele mais necessitar dos seus cuidados, isto é, dos três aos dezoito meses. O amor, este sentimento que para o adulto é excitante ou confortável, é, para o bebê, indispensável e mesmo vital. A carência afetiva é um dos grandes problemas para o seu futuro.

A separação entre mãe e filho pode levar a problemas emocionais graves, que os pediatras chamam de privação materna. Um comportamento tristonho, atraso no ganho de peso e na altura, cura demorada de uma doença são comuns nas crianças internadas separadas da mãe.

Até os três anos a criança é sensível a qualquer separação, mas particularmente entre os três e os dezoito meses é que ela sente mais a ausência materna. Após os três anos, as consequências causadas

pela carência afetiva são menores. Sua personalidade já está constituída, sendo menos vulnerável a algumas limitações e frustrações.

O sexto mês é um mês muito importante para o bebê, pois ele começará a se alimentar com alimentos diferentes do leite materno e das fórmulas infantis. Isso trará importantes mudanças no bebê e principalmente na rotina familiar.

## Qual é a reação do bebê durante uma separação?

Os problemas característicos se revelam segundo a sua duração. De oito a quinze dias, segundo seu temperamento, o bebê exprime sua tristeza por choro, gritos, imobilidade e indiferença a tudo ao seu redor.

Segundo os puericultores, a tristeza do bebê pode aparecer sobretudo na hora dos cuidados desempenhados por sua mãe, na hora do banho, da alimentação e de se vestir. Se a separação se prolongar por várias semanas, desordens importantes poderão aparecer; a primeira delas é a falta de apetite, depois a prisão de ventre, e em outros casos diarreia; alguns bebês chegam até a parar de andar, coisa que já

faziam.

A criança separada da mãe pode apresentar manifestações que permanecerão para sempre: torna-se nervosa, desconfiada, incapaz de se adaptar a qualquer mudança.

No caso de a mãe ter de se ausentar, deverá escolher para tomar conta do seu bebê uma pessoa que ele já conheça, que sinta ternura e tenha calor humano por ele. Pessoa experiente, porém rude e fria, está contraindicada em qualquer caso; a mãe deverá evitar ficar mais de quinze dias longe do seu bebê entre o terceiro e o décimo oitavo meses de vida.

Pode acontecer que ele se habitue a outra pessoa, se esta souber manejá-lo, e apesar da ausência materna ele se sentirá feliz. Neste caso, quando a mãe voltar, ele pode lhe virar o rosto; isto não é sinal de ingratidão, é que ele pode estranhar sua fisionomia e a mãe levará dois, três dias para que ele se habitue novamente.

Aos seis meses, se possível, o bebê deverá estar dormindo no seu quarto. Deverá haver sempre uma luz azulada, suave, e a porta não deve ficar fechada (ele deve ver ou perceber a presença dos pais).

Numa separação mais longa, é útil o acompanhamento de um psicólogo.

## AS VISITAS

As visitas poderão ser feitas a partir do sexto mês de vida do bebê.

Em alguns países europeus, aos seis meses de idade acontece a primeira visita social aos avós e padrinhos. Entretanto, devemos alertar que o bebê, quando muda de ambiente, e solicitado por novos estímulos de pessoas e viagens, fica agitado, e ao voltar pode recusar a comida e acordar à noite, o que não fazia antes. É mais indicado, assim, que os avós e padrinhos o visitem à tarde, entre as três e as cinco horas, na sua casa.

Toda pessoa que ele não vê há mais de três semanas torna-se estranha, e os avós e parentes não deverão se sentir desapontados se o bebê fizer "beicinho" ou chorar ao vê-los após este período.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Ele se senta quando é apoiado. Pode virar-se para trás e para a frente. Tenta rolar na cama.

## Comportamento emocional

Já começa a manifestar desagrado.

## Capacidade de adaptação

Usa as mãos para pegar algo, bater e apertar.

## Progresso da linguagem

Tenta vocalizar vogais e consoantes. A mãe deve começar a falar com o bebê com linguagem adulta e não com palavras no diminutivo e jargões.

## Comportamento pessoal e social

Ele reconhece as pessoas da sua família. Mostra-se consciente da presença de estranhos, porém não demonstra reação definida.

*Criança olhando para uma pessoa não familiar.*

## Brinquedos (seu interesse e preferência)

Brinca com seu primeiro boneco de borracha, de pano ou de plástico.

## Primeira prova

O bebê apanha um objeto. Colocando uma sineta ao alcance do bebê, ele a pega, apertando-a com os dedos.

## Segunda prova

Livra-se da fralda que o incomoda. Deitado, com uma fralda estendida sobre o rosto, ele procurará se libertar dela, e acabará conseguindo.

## Terceira prova

Reflete a expressão amável ou zangada. Uma pessoa inclinada sobre o bebê, a 25cm de distância, pelo espaço de trinta segundos, faz movimentos fisionômicos (caretas). O bebê também se alegrará, chegando, às vezes, a sorrir. Em seguida, nas mesmas condições, substitua os movimentos alegres por outros severos, ficando assim por trinta segundos: o bebê ficará sério também.

## Quarta prova

Espera um fato já várias vezes repetido. A pessoa mantém na mão um brinquedo pequeno que faça ruído, movendo-o aos olhos do bebê durante alguns minutos, até que ele se interesse vivamente por ele. Logo que isto for conseguido, repentinamente os movimentos deverão parar; o bebê olhará atentamente as mãos e, estendendo seus bracinhos, procurará apanhar o objeto.

## Quinta prova

Não solta facilmente um brinquedo. Dando um brinquedo ao bebê, deixe-o com ele por alguns minutos, para que se entretenha. Depois procure retirá-lo, o que não será possível sem que o bebê ofereça resistência, segurando, às vezes fortemente, o objeto e acompanhando-o com o corpo.

# A VACINAÇÃO

No sexto mês deverá ser aplicada a terceira dose da vacina contra a poliomielite, podendo ser a eIPV ou a oral, a terceira dose da Tríplice bacteriana DPT ou DTPa (difteria, tétano e coqueluche) e a terceira dose da vacina anti-hemófilos (ver link). A terceira ou quarta dose da primeira vacina Tríplice bacteriana pode apresentar reações iguais à da segunda (ver link). A terceira dose da vacina contra a hepatite B deve ser aplicada no sexto mês, ou mais tarde, a critério do pediatra e de acordo com os pais.

## A ALIMENTAÇÃO NO SEXTO MÊS (180 A 210 DIAS)

O sexto mês é o momento ideal para iniciar o desmame dos bebês alimentados exclusivamente ao peito, com a introdução de sopas e papinhas de frutas. A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares. Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação,

deglutição, digestão e excreção) que as habilita a receber outros alimentos além do leite materno.

Aos seis meses o bebê começa a diferenciar nitidamente o gosto da comida. Alguns já querem segurar a mamadeira, e é bom deixá-los experimentar. Alguns "mais atrevidos" querem apanhar pedaços de comida com os dedos e passar no "rosto". Dar ao bebê, por ocasião da primeira dentição, biscoitos macios facilita a refeição; ele fica distraído e contente. Não se deve brigar com crianças que queiram pegar os alimentos com a mão, e sim estimulá-las: isso desenvolve a capacidade de distinguir textura, consistência, auxiliando na percepção dos novos sabores.

O início da alimentação complementar pode ser bastante difícil para algumas crianças. Algumas demoram de um a dois meses para se adaptar à nova alimentação. Umas recusam mais o doce e outras mais o salgado. A mãe deve entender que a criança recusar um alimento não significa que ela não goste dele. Cada alimento deve ser exposto pelo menos dez vezes para criança sem que isso seja considerado uma refeição, e sim apenas uma adaptação ao novo gosto que está sendo apresentado.

Os primeiros alimentos oferecidos às crianças serão

as frutas, na forma de papas e sucos. A primeira papa salgada deve ser oferecida entre o sexto e sétimo mês, no horário de almoço ou jantar. Evitar alimentos batidos no liquidificador, exceto sucos, assim como sopas; dê preferências às comidas amassadas, assim a criança se acostuma cada vez mais com a textura da comida da família.

As frutas devem ser oferecidas nesta idade, preferencialmente sob a forma de papas e sucos, sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido terá de respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. Os sucos naturais devem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a estas, em uma dose máxima de 240ml/dia.

| **ESQUEMA PARA INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS COMPLEMENTARES** | |
|---|---|
| **Faixa etária** | **Tipo de alimento** |
| **Até o 6º** | Leite materno exclusivo, sempre |

| | |
|---|---|
| **mês** | que possível |
| **6º mês** | Leite materno, papa de frutas |
| **6º ao 7º mês** | Primeira papa salgada, ovo, suco de frutas |
| **7º ao 8º mês** | Segunda papa salgada |
| **9º ao 11º mês** | Gradativamente passar para a comida da família |
| **12º mês** | Comida da família |

## CUIDADOS COM OS ALIMENTOS

Os bebês que usam colher e xícara e são habituados à variedade de alimentos desde cedo se revelam mais espertos do que os que são alimentados com mamadeira e papinhas até mais tarde.

**a)** Alimento retirado do *freezer*, uma vez descongelado, não deverá voltar a ele, e sim à geladeira.

**b)** Aqueça somente a quantidade de comida que será dada à criança e deixe o restante na geladeira.

**c)** Não guarde o resto da comida que ficou no prato, jogue fora!

**d)** Não guarde comida na geladeira por mais de três dias.

**e)** Lave e escove os vegetais e frutas em água corrente antes de prepará-los.

**f)** A melhor forma de cozinhar vegetais e legumes é no vapor. A panela de pressão retém a proteína dos alimentos.

**g)** Alimento estragado apresenta cheiro diferente: gosto azedo, mofo, tem nódulos esbranquiçados (muco). Jogue fora latas estufadas, aliás, os enlatados devem ser evitados.

**h)** Espinafre, bertalha, caruru e maxixe devem ser dados ao bebê passados na peneira.

**i)** Evite sucos de fruta muito açucarados, bem como o leite de vaca comum. Pouco açúcar é bom para evitar cáries.

**j)** As verduras, legumes e frutas devem ser lavados com água filtrada e colocados em cloro por dois minutos. O melhor cloro é o em pastilha, que já

tem a concentração certa para matar bactérias e fungos existentes em verduras, legumes e frutas.

## AS FRUTAS DO BEBÊ

As frutas mais usadas na alimentação do bebê são a laranja, a banana, a maçã, o mamão e a pera; outras, como a uva, o caju, o pêssego, o caqui e o abacate, poderão ser oferecidas após o bebê ter completado seis meses de vida.

### A safra das frutas

As frutas que podem ser encontradas o ano todo são a banana, a pera e a maçã ácida.

O abacaxi e a maçã não ácida aparecem nos meses de janeiro, fevereiro e março. O caqui, em fevereiro, março e abril. As laranjas lima, natal, pera e seleta, em junho, julho e agosto. A tangerina em abril e maio. Durante as safras as frutas têm seu preço mais baixo.

É preferível oferecer as frutas no seu aspecto natural. É aconselhável evitar excesso de açúcar, no caso de ter de adicioná-lo às frutas.

As frutas são indispensáveis na alimentação da criança, porque fornecem os sais minerais e as vitaminas necessários. As frutas no primeiro ano não devem ser oferecidas com cascas, porque estas podem ter resíduos de substâncias tóxicas dos pesticidas que são usados para evitar que sejam atacadas por parasitas.

As nossas avós nos legaram uma série de tabus quanto à mistura de frutas, como dizer que comer manga com leite, com abacaxi ou com banana é perigoso. Também a hora da alimentação é cercada de preconceitos e, em certas cidades, ainda se acredita no refrão "banana de manhã é ouro, de tarde é prata e de noite mata". Nada disso é verdadeiro; o que pode haver é alergia de certas crianças a determinadas frutas, como com qualquer outro alimento. É aconselhável evitar o açúcar e os adoçantes.

## Banana

É a primeira fruta que deve ser dada ao bebê. É muito importante que a banana esteja inteiramente madura, porque a verde é muito indigesta. A banana é uma massa de amido e sacarose que amadurece se adocicando, reduzindo-se progressivamente a açúcar;

é rica em calorias por causa do açúcar, contém sais minerais, cálcio, potássio, fósforo e ainda vitamina A, frações de vitamina B e vitamina C. Existem alguns tipos de banana que possuem ferro e cobre. É medicamento e alimento, servindo para corrigir a tendência diarreica de algumas crianças. O fato de que sua casca é facilmente desprendida sem necessidade da faca facilita seu consumo e garante-lhe uma forma elementar e segura de higiene. Tirada a casca, a polpa mostra-se branca, com consistência de manteiga, de aspecto gelatinoso; geralmente as crianças gostam de banana. Quando não se estiver seguro de que a banana está completamente madura, pode-se colocá-la, depois de descascada, durante três minutos em água fervente, e a criança irá digeri-la melhor.

## Maçã

Ela é rica em vitaminas A, B e C, sais minerais, potássio, sódio, fósforo, cálcio e ferro e contém ácido málico, que confere propriedades de desinfecção intestinal, possuindo função de adsorção, que destrói os germes por efeito físico particular. Pode ser oferecida assada, em compota, em suco ou natural,

com geleia, gelatina, adicionada ao leite.

Os franceses dizem que a maçã é uma fruta milagrosa; serve tanto para crianças com diarreia como para as com prisão de ventre. O segredo está na maneira de prepará-la. Para a prisão de ventre, deve-se dar à criança uma maçã bem madura diariamente como a primeira refeição da manhã. Ela deverá ser bem lavada e servida com casca. A celulose que a casca tem formará no intestino grosso uma massa que excitará as contrações intestinais, favorecendo a evacuação.

Quando usada para bebês com tendência à diarreia, ela deve ser descascada e oferecida de duas a três vezes por dia com as refeições. A pectina é um composto que tem um efeito adstringente, e pode ajudar a diminuir o número de evacuações.

## Mamão

Muito indicado, pois é rico em sais minerais e vitaminas, e além disto contém uma substância que ajuda a digestão da carne e de alguns doces com creme; é aconselhável dá-lo depois de uma refeição rica nestes elementos. Contém também um composto fosfórico orgânico, denominado fitina,

que, segundo alguns, é importante para o sistema nervoso central. É de fácil digestão, e em grande quantidade (também como a pera) é ligeiramente laxante. Pode ser dado adicionado ao leite.

### Pera

É praticamente comparável à maçã, tanto em sais minerais como em vitaminas. Entretanto, a pera é de difícil conservação, apodrece rapidamente e suas ótimas condições comestíveis são muito breves. Em segundo lugar, seu alto conteúdo de celulose, não digerível, e ausência de tanino fazem com que seja considerada francamente laxante. Pode ser oferecida crua ou em compota ou adicionada ao leite.

## OS LEGUMES DO BEBÊ

A importância dos legumes no regime do bebê no seu primeiro ano de vida merece um esclarecimento às mães, localizando no exato lugar o seu valor e a maneira de dá-los ao bebê. Por legumes, de modo genérico, se entende diversos tipos de alimentos de

origem variada; assim, a batata é um tubérculo, a cenoura é uma raiz e a abóbora é um fruto. De modo geral dá-se o nome de verdura às folhas verdes e o de legumes aos outros alimentos cultiváveis, entre os quais os já citados, das mais variadas origens. Do ponto de vista prático, podemos admitir como legumes tanto os verdadeiros quanto as folhas.

Os legumes, também chamados vegetais, têm valor calórico; entretanto, possuem boa dose de sais minerais e vitaminas, além da sua estrutura em celulose, sobretudo os folhosos verdes, elemento que facilita o movimento dos intestinos, evitando a prisão de ventre. No preparo dos legumes, podemos partir do preparo dos purês, e temos os três tipos clássicos: o purê branco, feito com batatas; os purês amarelos, feitos com abóbora e cenoura; e, por fim, os purês verdes, feitos com espinafre e caruru, e até com couve picada. Use legumes puros; os adicionados a cremes ou acrescidos de açúcar têm alto valor calórico, mas um menor valor nutritivo de sais minerais e vitaminas.

## Conselhos para conservar os vegetais ricos em vitaminas B e C

**a)** Lave-os bem.

**b)** Guarde-os no refrigerador tão logo quanto possível, preferivelmente em sacos plásticos.

**c)** Tire a casca ou pele quando necessário, não esquecendo que as vitaminas e os sais minerais estão nelas.

**d)** Não tire as folhas de vegetais tais como o brócolis e a couve-flor antes de usá-los.

**e)** Dê logo depois de serem cozidos.

**f)** Cozinhe os legumes no vapor, ou usando pouca água, a menor quantidade possível, para evitar a perda da vitaminas B e C.

## Batata

É um dos alimentos mais usados na alimentação humana, desde a criança até o adulto. Pode ser apreciada em forma de purês, já no início do segundo semestre. A batata é rica em sais minerais e em hidratos de carbono e possui também proteínas. Isto explica como pessoas durante a guerra puderam viver até meses, na Europa, especialmente na Alemanha, comendo unicamente batatas. Os sais minerais da batata são o cálcio, o fósforo, o ferro, o cobre, o cloro,

o sódio e o potássio, elementos indispensáveis ao sangue. A batata não é um legume nem uma verdura, é um tubérculo, quase uma raiz, mas geralmente é classificada, inadequadamente, nos livros, como sendo um legume. O que é importante para as mães é saber que as proteínas e os sais minerais estão logo abaixo da casca; este é o motivo pelo qual as batatas, na verdade, não deveriam ser cortadas, e sim raspadas. O mais indicado seria cozinhá-las com a casca, já que ela mantém os sais minerais e as proteínas. Para a preparação do purê de batatas basta apenas, depois de cozida, tirar somente a casca. Os "olhos" da batata são os caroços que aparecem na casca, devendo ser tirados antes de ela ser cozida, pois contém um alcaloide, a solamina, que não convém ser ingerido.

## Abóbora

É um legume com 5% de amido e pouca quantidade de celulose; sua importância é ser uma boa fonte de cálcio, fósforo, ferro, cobre e potássio, elementos do sangue. Sua grande riqueza em vitamina A e seu apreciável valor no complexo B e em vitamina C fazem dela um alimento de valor que

pode ser adicionado à sopa no sexto mês ou como sobremesa no oitavo. O doce de abóbora é uma delícia caseira e agrada às crianças. Suas sementes gozam da fama de ser um excelente vermífugo, principalmente contra a solitária. Até hoje não há um estudo farmacológico que sustente este ponto de vista, mas elas têm sido empregadas de modo popular e com algum êxito.

## Tomate

Deve ser definido como uma fruta; entretanto, é considerado hortaliça. Pode ser consumido na forma de suco ou como doce. É um vegetal oferecido em condições higiênicas satisfatórias. O tomate é rico em cálcio, ferro, potássio e proporciona quantidades valiosas de vitaminas A, B e C. É o protótipo do alimento fresco e cru. Seu consumo está presidido por uma condição especial: qualquer que seja seu uso, deve ser descascado, o que deve ser feito debaixo da torneira com água quente; a casca se desprende do fruto maduro, em forma de uma película delgada (esta película não é digerida), e assim aparece nas evacuações da criança, o que mostra sua cor vermelha. Logo, durante o segundo semestre de vida, o suco de

tomate e sua polpa constituem agregados a sopas, purês e massas. A salada de tomate e o famoso molho de tomate deverão ficar para mais tarde.

## Cenoura

Ela é uma raiz, e a abóbora é um fruto. A cenoura e a abóbora estão vinculadas como constituintes de um purê amarelo. Em matéria de sais minerais, a cenoura possui os mesmos da abóbora, porém em quantidades mais elevadas. As quantidades de vitaminas A e C são maiores; assim como é maior sua quantidade de celulose, podendo ser considerada eficaz para a evacuação. Muitas mães ficam aflitas pela aparição nas fezes de fibras de cenoura, facilmente reconhecida por sua cor laranja forte, o que não é importante, mas serve para saber se a cenoura está produzindo seu efeito laxante.

## Espinafre

Tão conhecido através da publicidade, não tem maior valor do que a couve, ou do que o nosso caruru. É tão rico em ácido oxálico que pode se

precipitar na forma de oxalato de cálcio, impedindo a assimilação do cálcio. Na verdade possui ferro, uma dose elevada de vitaminas A e C e quantidades apreciáveis de vitaminas do complexo B. Não há razão para as mães forçarem seus filhos a comer espinafre se eles não gostarem. O purê de espinafre pode ser adicionado na alimentação, na proporção de uma ou duas colheres (de sopa), principalmente se o bebê for sujeito à prisão de ventre.

## Outros legumes

Outros legumes, como o chuchu, o maxixe, a abobrinha verde, a beterraba e a batata-doce, também são usados durante os meses seguintes, de acordo com a disponibilidade do comércio, o paladar e a tolerância do bebê.

## O preparo da papinha de frutas

A papinha de frutas deverá ser oferecida a partir dessa idade; entre as frutas, a banana é a mais indicada e, em segundo lugar, a maçã. O mamão e a pera também poderão ser usados. É recomendado

usar colher para treinar a alimentação sólida, que deverá ser iniciada nessa idade, e não mamadeiras.

**Preparo da papinha de banana.** A banana-prata (uma ou duas) ou banana-maçã deverá estar bem madura (com manchas pretas na casca; toda amarela não servirá, porque está verde). Tire as cascas, os fiapos, corte as pontas, abra-as ao meio e esmague-as com um garfo até reduzi-las a papa. Dê às colheradas. O liquidificador não deverá ser usado. A adição do leite não deve ser feita antes de um ano.

**Preparo da papinha de maçã.** Maçã crua, madura, descascada e ralada em ralador de plástico (não use o de metal). Da mesma forma como se esteriliza as mamadeiras, deve-se esterilizar as facas e as colheres, como já explicamos. Não habitue o bebê a alimentos com sal. Esta é a primeira providência para evitar futuramente a hipertensão arterial. Não habitue o bebê ao açúcar, para evitar a tendência à obesidade ou ao diabetes. Excesso de calorias alimentares não ajudará a criança desde o seu primeiro ano de vida.

**A necessidade de ferro.** O ferro é um mineral muito importante porque é um dos componentes da hemoglobina, formadora dos glóbulos vermelhos. Dos três meses em diante, a criança terá tendência à

anemia, devido às reservas de ferro contidas no fígado se esgotarem nos primeiros meses. Assim, a administração de alimentos ricos em ferro, como a carne, se tornará indispensável. É prudente administrar gotas de preparados ricos em ferro a partir dos seis meses de vida.

Alimentos ricos em ferro: carne, fígado e gema de ovo, frutas secas, ameixa, abricó, passas, vegetais verde-escuros (feijão e ervilha). Devemos assinalar que alguns bebês apresentam intolerância ao ferro, reagindo a ele com diarreia ou prisão de ventre. Neste caso é conveniente diminuir ou mesmo suspender as doses ou, com a orientação do pediatra, avaliar a mudança do tipo de ferro que está sendo utilizado. Os laxantes só sob prescrição pediátrica. Para o caso de o bebê ter fezes duras, aconselha-se o uso de 20g a 30g de suco de ameixas ou 50g de suco de laranja-lima. O uso do supositório deve ser evitado daqui em diante.

## OS SUCOS DE FRUTAS

As frutas são indispensáveis na alimentação da

criança, porque por meio delas podem-se conseguir os minerais e as vitaminas. Os sucos de frutas devem ser preparados na hora do consumo com a polpa de frutas frescas, que são ricas em vitaminas, especialmente vitamina C. O uso de sucos pode ter um efeito estimulante sobre a contração intestinal, causando ligeiras cólicas em alguns bebês; a solução é diluí-los em mais água, ou substituí-los pelo suco de outras frutas. Mas não deixe de fazê-los. O uso de tipos de sucos diferentes ao mesmo tempo não é indicado; é preferível dar o suco de uma única fruta a cada vez.

O suco de laranja compreende 40% a 60% do fruto integral, segundo o tipo de laranja, o grau de amadurecimento e o tempo de conservação. O valor do suco de laranja é como provedor de vitaminas; o caroteno é a pró-vitamina A, frações do complexo B e o ácido ascórbico ou vitamina C, da qual o organismo infantil tanto precisa.

As necessidades de vitamina C na infância podem ser satisfeitas com a administração de 100ml de seis a doze meses; e 100ml a 200ml no segundo ano de vida. Isto é suficiente no caso do suco de laranja fresca. A vitamina C é muito sensível, e é destruída pela luz e pela exposição ao ar em recipientes

destampados, assim como pelo calor e pala conservação na geladeira por muito tempo. O importante é preparar o suco e dá-lo a seguir à criança.

## A laranja fresca

A laranja fresca e madura, em perfeito estado, deve ser lavada, descascada (para evitar que o sumo da casca se misture ao caldo) e espremida em espremedor de vidro ou plástico, previamente escaldado em água fervente. A laranja lima é a que mais agrada ao bebê, e pode ser oferecida pura; outros tipos de laranja, como a pera, a seleta e a baía devem ser dados diluídos em água, ou em uma parte para duas de água filtrada.

## O suco de tomate

O suco de tomate é rico em vitaminas, que se conservam satisfatoriamente, mesmo nos enlatados. Seu consumo pelo bebê pequeno exige o conhecimento de um fato: o suco de tomate é rico em ácidos, sendo um deles o oxálico, que pode

formar na uretra do bebê uma pequenina precipitação de pequenos cristais de oxalato de cálcio, dificultando a micção e exigindo esforço. A conclusão é a de que não se deve dar o suco de tomate puro, sendo conveniente diluí-lo em uma ou duas partes de água filtrada. O suco de tomate deve ser preparado com tomates sem peles, a pessoa que o prepara deve ter as mãos bem lavadas e escovadas com sabão. Deve ser também preparado na hora. Modo prático de preparar: jogue água fervente sobre o tomate, fazendo com que sua pele se rasgue. Desprezam-se a pele e as sementes, aproveitando-se apenas a polpa.

## Suco de caju

O suco de caju é, sem dúvida, um dos sucos mais ricos do mundo em vitamina C. Entretanto, ele tem ação adstringente, pegajosa, e às vezes de digestão não tão fácil quanto o da laranja. Convém oferecer o suco de caju também preparado na hora, diluído em três partes de água, com pouco ou sem açúcar, conforme o desejo da criança.

## Suco de abacaxi

O suco de abacaxi, que deve ser obtido da fruta descascada, liquidificada e coada, tem como atrativo seu sabor e aroma. Ele contém de 10% a 12% de açúcar e quantidades apreciativas de ferro, cobre e vitaminas A e C. Pode ser oferecido quando houver rejeição a outras frutas. Contudo, a intolerância de certas pessoas ao abacaxi, causando irritação na língua ou nos lábios, deve sempre ser considerada na infância.

## Suco de uva

O suco de uva também pode ser oferecido ao bebê; entretanto, o trabalho doméstico dificulta sua obtenção. É necessário destacar uma por uma e lavá-las escrupulosamente, o que as torna de difícil uso. Os sucos de uva comercializados não são convenientes para o bebê. Não há dúvida de que o suco de uva tem ligeiro efeito diarreico em algumas crianças; é um alimento açucarado, por volta de 20%, porém é rico em minerais e em vitaminas; pode ser indicado para os casos de bebês com tendência à prisão de ventre, na dose de 5ml, 10ml ou 20ml, diluído em água filtrada.

## O almoço

A primeira papa salgada deve ser oferecida, entre o sexto e sétimo mês, no horário de almoço ou jantar, completando-se a refeição com a amamentação, enquanto não houver boa aceitação.

Tal refeição deve conter alimentos dos seguintes grupos:

**a)** Cereais e tubérculos.

**b)** Leguminosas.

**c)** Carne (vaca, frango, peixe ou vísceras, em especial o fígado); o ovo pode substituir uma carne.

**d)** Hortaliças (verduras e legumes).

Óleo vegetal (preferencialmente de soja) deve ser usado em pouca quantidade, assim como deve-se evitar caldos e temperos industrializados.

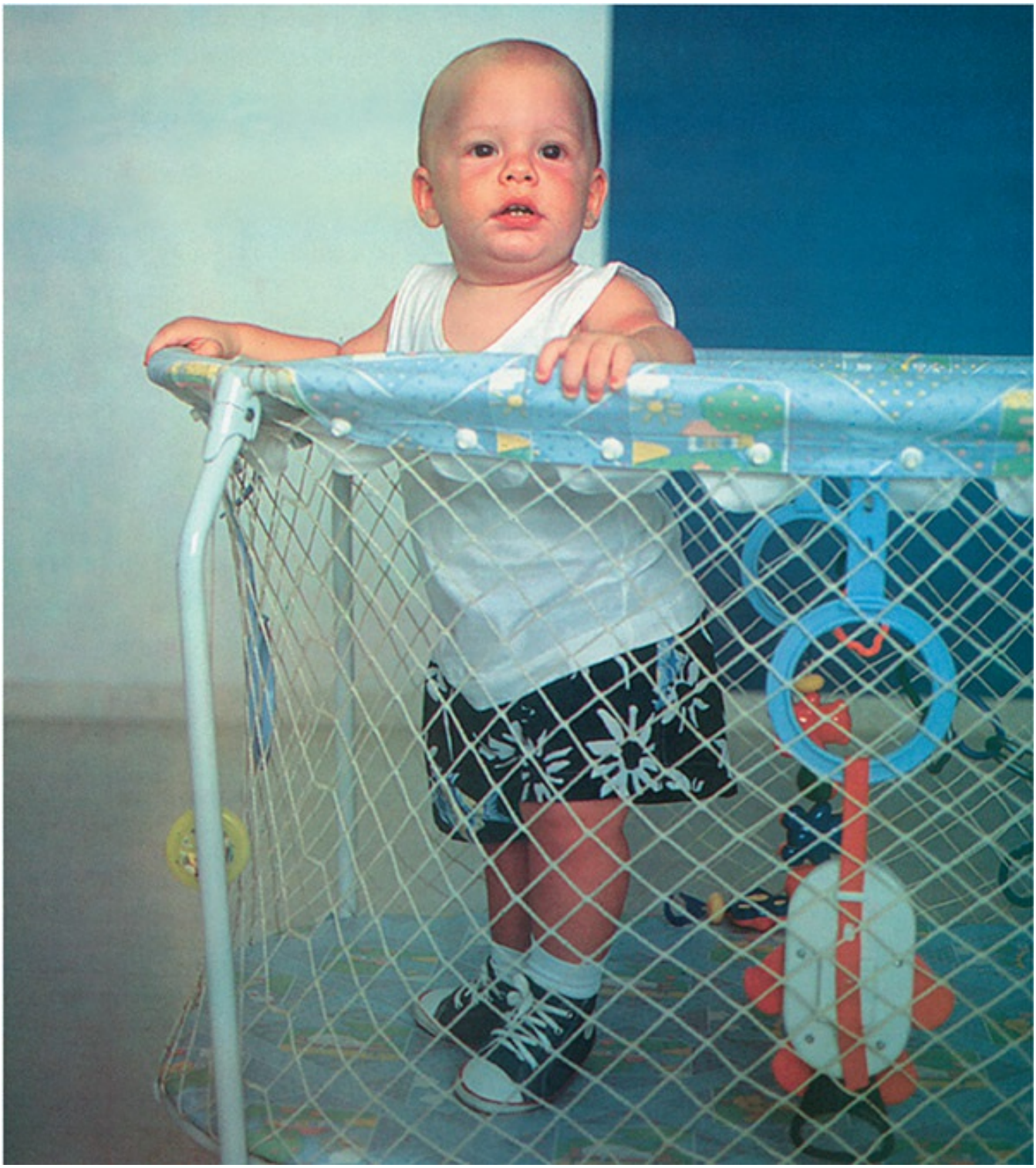
| COMPONENTES DAS MISTURAS | | | |
|---|---|---|---|
| Cereal ou tubérculo | Leguminosa | Proteína animal | Hortal |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Arroz | Feijão | Carne de boi | Verdur |
| Milho | Soja | Vísceras | Legum |
| Macarrão | Ervilha | Frango | |
| Batata | Lentilhas | Ovos | |
| Mandioca | Grão de bico | Peixe | |
| Inhame | | | |
| Cará | | | |

A papa deve ser amassada, sem peneirar, nem liquefazer. A carne não deve ser retirada, mas sim picada e oferecida à criança em pedaços pequenos. Poderá ser usada uma centrífuga para desfiar melhor a carne. Sempre que possível, os alimentos não devem ser muito amassados, evitando-se, desta forma, a administração de alimentos muito diluídos e incentivando a mastigação da criança.

A criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de sal e uma de fruta) e aquela não amamentada, seis refeições (duas papas de sal, uma

de fruta e três de fórmula especial). O jantar deve ser introduzido após a total aceitação do almoço, o que geralmente ocorre após um mês.



*O cercado é muito valioso quando a mãe, ou o cuidador, está muito ocupada.*

Deve-se evitar alimentos industrializados (refrigerantes, café e chás contendo xantinas, embutidos, dentre outros), assim como não deve ser administrado o mel no primeiro ano de vida.

Os alimentos na mistura devem conter os seguintes grupos alimentares: cereal ou tubérculo, alimento proteico de origem animal, leguminosas e hortaliças. Sempre tentando ter uma opção de cada grupo.

Sopas podem ser feitas mas não são mais indicadas como única fonte de alimento para a criança. Deve-se sempre dar preferência às papas do que às sopas. Na primeira semana pode ser feita sopa e ir-se aumentando progressivamente a sua consistência até virar papa.

## Exemplos de papa inicial

### 1) PAPA DE CARÁ, QUIABO E FRANGO

2 colheres (sopa) de peito de frango, sem pele, picadinho
1 colher (sobremesa) de óleo de soja
1 colher (chá) de cebola ralada
1 cará médio (150g)

1 colher de sopa de quiabo picadinho
1 colher de sopa de cará
1 colher de sopa de feijão cozido (grão e caldo)
2 copos de água

Numa panela, aquecer o óleo e refogar a cebola e o frango. Acrescentar o cará, o quiabo e a água. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Adicionar no prato o feijão cozido e os demais alimentos. Amassar com o garfo e oferecer à criança.

## 2) PAPA DE AIPIM, ABOBRINHA E CARNE MOÍDA

2 colheres (sopa) de carne de vaca magra moída
1 colher (sobremesa) de óleo de soja
1 colher (chá) de cebola ralada
2 pedaços médios de aipim (140g)
1 abobrinha pequena
1 folha de couve picadinha
2 copos de água

Numa panela, aquecer o óleo e refogar a cebola e a carne moída. Acrescentar a mandioca pré-cozida, a abobrinha picadinha, a couve e a água. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Amassar com o garfo e oferecer à criança.

### 3) PAPA DE ABÓBORA, MACAXEIRA (aipim ou mandioca) E CARNE

2 colheres (sopa) de carne de boi moída
1 colher (sopa) de feijão (grão e caldo)
1 colher de sobremesa de óleo de soja
1 colher (chá) de cebola
1/2 pedaço de alho
1 colher (chá) de pimentão verde
1 fatia grande de abóbora/moranga e a mesma quantidade de macaxeira
1 1/2 copo de água

Numa panela aquecer o óleo e refogar a cebola, o alho e a carne moída. Acrescentar o pimentão, a abóbora e a água. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Coloque no prato o feijão cozido e os demais alimentos. Amasse com o garfo e ofereça à criança.

# SOPAS JÁ PRONTAS (ALIMENTOS INFANTIS)

As sopas que são vendidas já preparadas servem para o caso de viagens ou em caso de absoluta falta de tempo da mãe ou da pessoa que cuida do bebê. Como rotina, devem ser preferidas as comidas feitas em casa.

Os itens industrializados são papinhas de legumes, carne com legumes e cereais, apresentados sob a forma de um finíssimo purê (Variedades Bebê), processados ou contendo ainda pequenos pedaços, para quando surgirem os primeiros dentinhos (Variedades Júnior). Serão indicados para as diversas faixas etárias, no decorrer do livro.

As pessoas que vão dar o alimento ao bebê devem antes lavar as mãos. As mães devem ainda prestar atenção às preferências quanto à temperatura do alimento, segundo o gosto do bebê.

## Instruções gerais para o uso dos alimentos infantis

Antes de aberto, o pote deve ser lavado. A indústria

moderna apresenta os alimentos acondicionados em latas ou vidros, sem necessidade de se usar o abridor de latas, que era fonte de contaminação. Os alimentos acondicionados a vácuo apresentam boas características quando destampados, indicando a entrada de ar; caso isto não ocorra, deve-se desconfiar de sua conservação. As variedades de carnes e legumes devem ser aquecidas durante três minutos em banho-maria, tendo-se o cuidado de retirar a tampa antes. As variedades de frutas e pudins são servidas à temperatura ambiente. Caso seja usada apenas uma parte do conteúdo, retire do frasco a quantidade a ser usada, conservando o restante em geladeira, bem tampado, até 24 horas. Ao iniciar seu uso, como se faz com todo novo alimento, deve-se oferecê-lo em quantidades bem pequenas e aumentá-la gradativamente até chegar ao potinho todo. A mãe deverá estar atenta às reações do seu bebê quando lhe oferecerem um novo alimento, observando suas preferências e oferecendo-lhe as variedades de melhor aceitação. É importante lembrar que, variando a alimentação, impede-se a monotonia alimentar e estimula-se o apetite.

*Bebê firme com boa sustentação usando os dois braços.*

# O PRATO DO BEBÊ

## Deverá ser:

**a)** Facilmente lavável.

**b)** Resistente, para, se cair, não quebrar.

**c)** Ter bordas bem altas, para permitir que o bebê posteriormente se alimente sozinho com a colher.

**d)** Com base aderente e antiderrapante, para que não escorregue da bandeja ou da mesa.

**e)** Aquecido; se com processo elétrico, tome cuidado com a tomada e evite seu superaquecimento; no caso de ser aquecido por água quente, o recipiente deverá ser bem fechado para evitar que se derrame ou queime o bebê. Atualmente quase todas as casas possuem um forno de micro-ondas, e você poderá usá-lo com grande praticidade para esquentar a sopa ou outra comidinha do seu bebê. Mas não se esqueça de que existem utensílios próprios para o micro-ondas!

Os americanos creem que os bebês que usam colher, copinho e se acostumam com os alimentos sólidos mais cedo se tornam muito mais espertos do que os bebês que, ainda aos doze meses, continuam a receber alimentos em forma de papinhas ou em mamadeiras. Possivelmente serão, mais tarde, meninos sem iniciativa, permanentemente dependentes das mães.

É mais fácil iniciar com o copinho aos seis meses; se for oferecido pela primeira vez entre nove e dez

meses, é possível que ele o rejeite. A iniciativa de o bebê aceitar usar o copo entre seis e oito meses é visível: toma um gole, faz uma pausa, toma outro gole, mas só conseguirá beber perfeitamente entre doze e dezoito meses. Usar copos de cores diferentes é aconselhável. Eles deverão ser leves e com base larga.

O sexto mês é um mês de transformação para o bebê. Geralmente, além do início da alimentação complementar, as mães retornam ao trabalho, o que acaba gerando grandes mudanças para a nova rotina do bebê. Assim, este momento pode ser bem difícil, com rejeição à alimentação complementar, o que provoca nos pais desânimo e angústia que podem prejudicar a alimentação por toda vida do bebê. Assim, insista com legumes e frutas. Evite uso de açúcar e sal em demasia. Torne este momento prazeroso. Deixe a criança pegar os alimentos com as mãos e se sujar. Sem regras.

## FIQUE LIGADO

Dicas de alimentação saudável do lactente:

**a)** Acostume seu filho a comer nos horários indicados.

**b)** Não ofereça alimentos entre as refeições ("beliscos").

**c)** Evite mamadeira e chupeta. Ofereça os alimentos em colherzinha de plástico e as bebidas em copinho plástico com tampa e bico.

**d)** Varie as preparações oferecidas. Arrume um prato colorido e saboroso, pois isto estimula o apetite e o interesse da criança pela comida.

**e)** Ofereça os alimentos amassados, desfiados ou picados.

**f)** Não substitua o almoço e o jantar por leite.

**g)** Ofereça sempre frutas após o almoço e o jantar, e evite doces e iogurtes.

**h)** É natural a criança recusar um alimento oferecido pela primeira vez. Tenha paciência e ofereça novamente esse alimento após algum tempo.

**i)** Não obrigue a criança a comer. Tente criar um ambiente agradável durante as refeições.

**j)** Deixe a criança participar das refeições com a

família.

**k)** Ofereça frutas, verduras e legumes todos os dias, pois só fazem bem à saúde.

**l)** Sempre ofereça água entre as refeições.

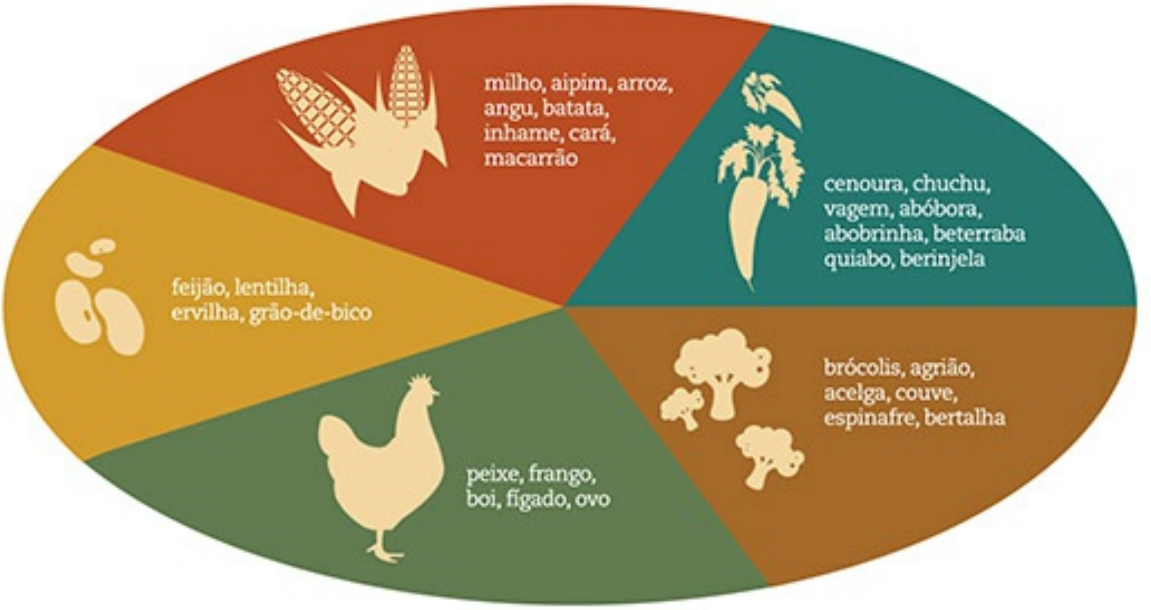
**m)** Evite temperos e produtos industrializados (refrigerantes, doces etc.). Os alimentos preparados em casa são mais nutritivos, baratos e saudáveis.

**n)** Limpe a gengiva e os dentes do seu filho após as refeições e antes de dormir. Seus dentes serão bonitos e sem cáries.

**o)** Acompanhe no Cartão da Criança o crescimento e o desenvolvimento do seu filho.

**p)** Sempre esclareça suas dúvidas com o profissional de saúde.

Resumo de alimentos que podem compor o almoço do lactente:




Usar temperos naturais e óleo vegetal
Sobremesa: fruta

# Capítulo 17

# O sétimo mês

# O sétimo mês

*O espelho é um grande divertimento para o bebê. Ele faz festa com a sua imagem e reconhece a dos pais.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 8.000g | 7.750g |
| **Estatura** | 66cm | 65cm |
| **Perímetro cefálico** | 44cm | 43cm |
| **Perímetro torácico** | 44cm | 43cm |
| **Ganho de peso mensal** | 450g | 450g |

O bebê, aos sete meses de idade, pelas suas novas habilidades que se revelam, faz os pais e parentes ficarem encantados. Adora as pessoas, não por elas mesmas, mas pelo que podem fazer por ele. Presta atenção a mais de uma pessoa ao mesmo tempo. Gosta de ser levado ao colo e passar de um para outro, entre pessoas conhecidas, naturalmente. Aprecia o ritmo e ser balançado nos joelhos. É a ocasião dos exageros dos parentes, que acabam por excitá-lo de tanto brincar. Começa a ficar encabulado com estranhos, sobretudo fora do seu ambiente.

É instável emocionalmente, rindo ou chorando, alternando seu humor com rapidez.

Aos sete meses aparecem duas notáveis aquisições no desenvolvimento motor:

**1)** Pode se sentar sozinho e se sente confortável ao colo da mãe.

**2)** Começa a engatinhar, de início se arrastando, em seguida engatinhando, e somente aos oito meses é que conseguirá fazê-lo razoavelmente.

Deseja participar das brincadeiras dos irmãos maiores, sorrindo e gritando. Gosta de ficar no quarto em que está sua mãe, pelo menos onde possa vê-la; não é certo deixá-lo sozinho no cercado, em outro quarto.

Alguns inventam outra forma de locomoção, arrastando-se, sentados, pelo chão. O bebê que engatinha bem e rápido demonstra um perfeito desenvolvimento dos centros motores do cérebro. Pela primeira vez o polegar pode ficar em oposição à palma da mão, segurando fortemente um objeto com as duas mãos e batendo. Nesta idade ele descobre seu nariz, suas orelhas e o órgão genital; logo que estiverem sem fralda, os meninos brincam com o pênis e as meninas podem querer meter o dedo na vagina. Os pais, em geral, não devem intervir, pois esta é uma fase muito importante para o desenvolvimento da criança.

## O que desagrada o bebê

**a)** Sentir fome.

**b)** Sentir sede.

**c)** Estar muito ou pouco coberto.

**d)** Ser mudado constantemente de quarto ou de casa.

**e)** Ser movimentado com violência.

**f)** Ser jogado para o ar, o que lhe dá vertigens (também não gosta de ser suspenso bruscamente).

**g)** Luzes fortes no quarto.

**h)** Ruídos, vozes altas, portas batendo, rádio e TV altos.

**i)** Fumaça de cigarro.

**j)** Ser segurado à força por pessoas estranhas.

# A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

## Evolução motora

O bebê se senta com maior facilidade, sozinho,

inclinado para a frente. Movimenta-se voluntariamente, arrastando-se ou rolando em direção a algum objeto distante que atraia sua atenção.

## Comportamento emocional

Ele chora alto e grita (emite sons agudos). A cólera (raiva) principia a manifestar-se.

## Capacidade de adaptação

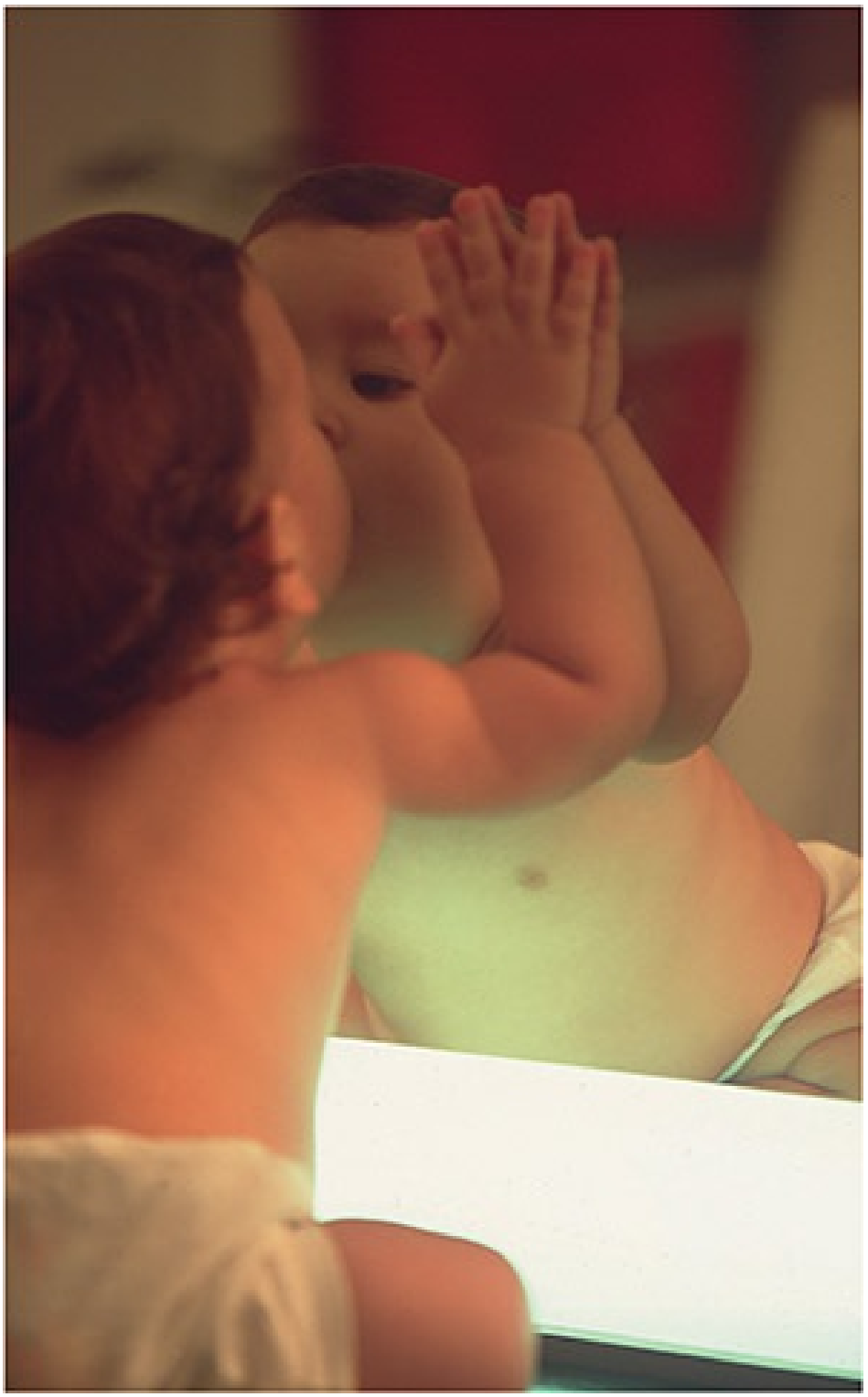
Alcança, pega objetos e os transfere de mão.

## Progresso da linguagem

A percepção clara do "M", sobretudo quando chora, é notada. Aprende a se divertir, emitindo sons de algumas vogais e consoantes, formando sílabas como dá-dá, pá-pá.

## Comportamento pessoal e social

Põe os dedos dos pés na própria boca! Comeca a deixar claro a insatisfação quando contrariado.



*Criança adora espelho. Cuidado, ele deverá estar bem fixado para evitar acidentes.*

## Brinquedos (seu interesse e preferência)

Um bichinho de pano, de borracha ou de plástico é muito importante para ele. Nesta idade a criança morde tudo, por isso gosta de brinquedos que possa segurar, morder e bater.

## Memória

No final do sétimo mês, ele começa a desenvolver sensivelmente sua memória.

# O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

## Primeira prova

O bebê tenta apanhar um objeto. Colocando uma lanterna de bolso acesa a uns 50cm diante do bebê, ele estenderá as mãos para pegá-la.

## Segunda prova

Procura um contato ativo. Alguém sentado ao lado do seu berço não olha nem se preocupa com ele. O bebê tentará estabelecer contato com a pessoa, balbuciando e olhando para ela.

## Terceira prova

Procura um brinquedo perdido. Deixa-se o bebê se distrair com um brinquedo, por algum tempo; em seguida, suavemente, tira-se o mesmo; ele olhará ao seu redor, procurando-o na direção em que desapareceu.

## Quarta prova

Esboço de imitação: uma pessoa, diante do bebê, bate com a mão na mesa por algum tempo, e em seguida o põe ao colo. Ele também tentará bater com as mãos na mesa.

## Quinta prova

Livrar-se da fralda que o incomoda. Coloque-o deitado de costas, com uma fralda cobrindo-lhe a cabeça. Com as mãos, ele irá tirar a fralda.

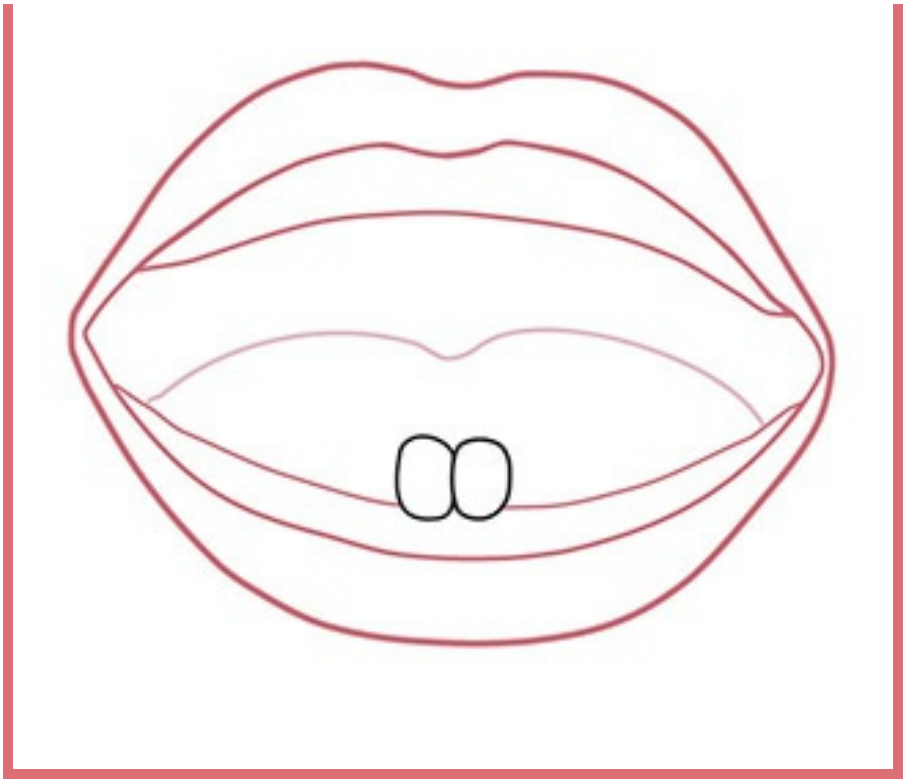
## A DENTIÇÃO

Surgem dois dentes (os incisivos centrais inferiores).

Podem nascer entre o quinto e o sétimo mês de vida e serão trocados pelos permanentes por volta dos cinco aos seis anos de idade. Esta é a época ideal para consultar o odontopediatra.

Higiene: os dentes devem ser higienizados com escova própria e o restante da boca com gaze ou fralda umedecida com água filtrada.

Consulte o capítulo 25 para mais detalhes a respeito da dentição de seu filho.



## A ALIMENTAÇÃO DO SÉTIMO AO OITAVO MÊS

Do ponto de vista alimentar, o sétimo mês é muito importante. O almoço já não consistirá em sopinhas amassadas ou passadas na peneira, mas em uma papinha com carne picada ou desfiada, cereais e legumes amassados com o garfo, não liquidificados. As sobremesas deverão ser introduzidas. É necessário que o bebê comece a se habituar com os alimentos sólidos, para treinar a mastigação, evitando-se os liquefeitos até os dezoito ou 24 meses.

Aos sete meses ele quer participar ativamente das refeições, quer pegar pedaços de comida, pinçando-os com o polegar e o dedo indicador. Quer segurar, lamber e cheirar sua comida. Pode levar à boca pedaços de alimentos, como cenoura, ervilha, ovo mexido, batata, carne, requeijão, cereal seco. Nesta idade o bebê tem grande curiosidade, e isto faz parte do seu aprendizado. A mãe precisa ser tolerante, ter paciência se ele tentar comer sozinho, pelo menos por algum tempo, e terá de terminar a refeição.

As mães pacientes terão sempre um bom relacionamento com o filho, que terminará bem o seu primeiro ano de vida.

Entretanto, as mães insensíveis, prepotentes, sem paciência, terão sempre muitos problemas. A mãe não deve forçar, gritar, ameaçar ou fazer truques para o filho aceitar o alimento que ela oferece.

Conversar com o pediatra sobre os intervalos e os melhores alimentos substitutivos do agrado dele é a melhor solução.

Alimentar o bebê nos intervalos, porque ele comeu pouco, não é aconselhável; a mania de dar multi e supervitaminas é desnecessária se o bebê toma leite e come frutas e vegetais verdes e amarelos em boa quantidade.

## Consideração sobre a alimentação ao sétimo mês

Ao sétimo mês já deverão ter sido introduzidos novos alimentos na sopa; depois de pronta, pode ser adicionado queijo ralado. No purê de legumes ou de batatas, pode-se colocar galinha, passada no liquidificador, uma ou duas colheres (de sopa). Após a refeição, ofereça-lhe pão ou biscoito para morder.

A partir do sétimo mês ele pode começar a comer frutas em compota, como sobremesa, com leite ou com cereal. Nesta ocasião já podem ser oferecidas outras compotas, com ameixa, pêssego e pera.

Não devemos esquecer que as frutas cruas são mais ricas em vitamina C do que as cozidas.

## Outras instruções

Frutas e vegetais, quando cozidos, deverão ser guardados cobertos em geladeira, no máximo até 48 horas, e a carne não mais que 24 horas.

Comece a oferecer alimentos amassados com o garfo; dê ao bebê com a colher, sem triturar no liquidificador.

O movimento de mastigação varia em cada criança

de seis a dez meses.

Alimentos consistentes também podem ser oferecidos, apesar de o bebê não ter dentes, pois fazem bem à gengiva.

Ele deverá receber quatro refeições por dia. Não é mais necessário esterilizar os utensílios para as refeições, bastando lavá-los bem com água limpa e detergente.

A mamadeira pode ser quente, morna, fria ou até gelada. Agite-a sempre antes de oferecê-la.

As fórmulas infantis em pó estão indicadas. Leite meio gordo adicionado a farinhas, especialmente achocolatados, só com autorização do pediatra.

Ele deverá ingerir 700ml de leite por dia, tomar sopas cremosas, comer pudins e mingaus e mamar ao peito quando desejar.

Dê carne moída ou desfiada, gelatinas, purê de batatas, requeijão, torradas e biscoitos; o tipo *cream-cracker* não serve, porque larga muitos farelos, facilitando o engasgo.

Aos sete meses o bebê mostra habilidade para mastigar sólidos; não confundir com alimentos espessos (mingaus). Nesta ocasião podem ser oferecidos alimentos que possam ser facilmente pegos com as mãos, como banana descascada, pedaços de

maçã ou pera, lascas de carne ou cenoura, aspargos, feijão, peixe (sem espinha!) e requeijão.

As sobremesas podem ser oferecidas depois da sopa do almoço — frutas frescas ou em compota, pudins e iogurtes. Horário: existem dois tipos, um de quatro refeições e outro de cinco, conforme a aceitação da criança. O de quatro refeições deve ser um de leite, um de fruta e dois de comida. No de cinco utilize mais uma refeição de leite.

| Hora | 4 refeições | 5 refeições |
|---|---|---|
| **6, 7 horas** | Leite e fruta | Leite e fruta |
| **10, 11 horas** | Almoço e sobremesa | Almoço |
| **15, 16 horas** | Mingau | Mingau ou leite com fruta |
| **18, 19 horas** | Jantar e sobremesa | Sopa e sobremesa |
| **22, 23** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **horas** | — | Leite |

## Preparo do almoço

**a)** Uma ou duas colheres (de sopa) de carne de vaca ou de galinha moída e cozida; fígado, uma vez por semana.

**b)** Duas ou três colheres (de sopa) de purê de um legume a escolher (cenoura, chuchu, abóbora, maxixe, nabo, caruru ou espinafre).

**c)** Duas colheres (de sopa) de purê de feijão ou de ervilha.

**d)** Duas ou três colheres (de sopa) de arroz, massa, aveia, tapioca ou sagu.

**e)** Duas ou três colheres (de sopa), de purê de batata-doce ou inglesa.

**f)** Temperos: cebola e tomate. Evite o uso diário do refogado. Não coloque sal.

**g)** Sobremesas: frutas cruas, marmelada, geleia, compota, pudim, doce de leite com biscoito picado, iogurte.

## A batata-doce

Aos sete meses ela começa a fazer parte do regime alimentar. É um legume muito rico em açúcar e possui conteúdo proteico apreciável (1,6%), ao passo que a batata inglesa tem 2,2%. A batata-doce tem apreciáveis quantidades de cálcio, fósforo, ferro e vitaminas A, B e C. É comum o uso da batata-doce assada, muito apreciada pelas crianças. Seu preparo é o seguinte: coloque a batata no forno já quente até que fique macia, entre trinta e quarenta minutos, segundo o tamanho; faça um orifício na casca e dê à criança a polpa com uma colherzinha. Também é usada na forma de doce. A batata-doce pode ser dada cozida do sétimo mês em diante, e frita aos dezoito meses.

A refeição das seis, sete horas da noite, em vez da sopinha clássica, já aconselhada, poderá ser substituída com vantagem pelo caldo de carne (150 a 220g), com uma gema cozida, uma colher (de sobremesa) de algum cereal e uma ou duas colheres (de sopa) de purê de legumes.

Comece a treinar o uso da caneca e do copinho; às vezes é um treino demorado; pode levar até um mês para alcançar algum êxito. Porém, só aos nove meses

ele irá segurar o objeto com as próprias mãos. No copinho, é preferível servir o suco de frutas ao leite, pois as crianças gostam mais.

Se a criança não gostar de um alimento, suspenda-o por uma ou duas semanas e depois ofereça-o de novo. É preferível começar com pequenas porções para ele terminar logo e não o desanimar. Tente um tempero diferente; às vezes, é uma solução (cebola, tomate, alho).

O uso de pratos coloridos pode, às vezes, melhorar o apetite, e outras vezes até piorar, quando o bebê se assusta.

## Preparo do caldo de carne (dois processos)

**a)** Pegue um bife de aproximadamente 150g e de 2cm ou 3cm, frite-o ligeiramente na chapa, de um lado e do outro, deixando a parte central crua, quando então deve ser espremido fortemente. Do suco que escorrer, aproveite 1 colher (de sopa) bem cheia e junte-a à sopa.

**b)** Coloque 150g de carne crua, cortada em pedaços mais ou menos pequenos, em um vidro tampado.

Ferva-a em banho-maria por vinte minutos. O suco irá, gradativamente, se separar das fibras. Isto é aconselhável para os bebês que não suportem carne moída. A gema cozida e o purê de legumes (duas colheres, de sopa) podem ser adicionados ao suco.

## A higiene da carne

Não há restrições formais para se oferecer miolo e bofe. As vísceras abdominais (fígado, baço e rins) só podem ser consumidas após intenso cozimento. O professor e pesquisador Hélio Rocha, da UFRJ, ressalta que a manipulação da cavidade pode perfurar o intestino do animal e contaminar tais vísceras.

A preocupação de oferecer carne bem cozida à criança nos primeiros anos de vida é muito importante, para evitar que ela seja intermediária de parasitas, sobretudo a solitária; ela tem de ser bem cozida, de modo que se tenha a segurança de que o calor atingiu sua massa central; se for picada, o cozimento na sua massa central é mais facilmente atingido do que quando mais espessa, como bife grosso passado na chapa de lado a lado. Não se deve dar carne quase crua à criança; já tivemos um caso de solitária em bebê no oitavo mês, pois sua mãe

adicionava à sopa carne quase crua.

A carne fresca possui cor avermelhada, cheiro próprio, consistência firme e é pouco úmida. Sua suplementação diária de vitaminas e sais minerais deverá ser feita com 100ml (g) de suco de frutas. O uso de polivitamínicos e ferro deve ser feito de acordo com as orientações do pediatra.

## A VACINAÇÃO

Aos sete meses está indicada a segunda dose da vacina contra influenza (gripe). Também é um bom momento para avaliar se todas as vacinas estão em dia.

## PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES

### Banho

Perigo! Nesta idade o bebê já agarra coisas e se movimenta muito! Nesta idade o bebê já se senta;

nunca o deixe sozinho sentado na banheira. Cuidado com o tampão do ralo da banheira, pois ele pode levá-lo à boca e tentar engoli-lo.

## Sufocação

(Seguir os mesmos cuidados descritos aqui.) Guarde em local alto sacos plásticos ou de papel impermeável nos quais o bebê possa introduzir a cabeça.

## Quedas

Só uma cama com grades altas e um cercadinho são realmente seguros.

## Brinquedos

Deverão ser grandes, arredondados e inquebráveis.

## Objetos

Alfinetes, pregos, moedas, botões pequenos,

agulhas e contas devem ser evitados tanto na cama como no colchão.

## O CARRINHO DE PASSEIO

O passeio do bebê é um momento muito importante na sua vida. Ele deverá ser transportado num carrinho. Existem dois tipos, os carrinhos fixos e os do tipo guarda-chuva. Estes são os mais populares, porque são fáceis de carregar e guardar. Existem carrinhos-leito, adaptáveis à cadeira conversível, para depois dos seis meses.

### Carrinho do tipo guarda-chuva

**Exigências:**

**a)** Tipo de tecido de lona, pois tem de ser resistente.

**b)** Encosto alto, resistente, macio, oblíquo para bebês de seis a oito meses.

**c)** O encosto não deverá ser muito vertical.

**d)** Evite cinto frouxo que permita à criança ficar de pé.

**e)** Deverá ter rodas fortes e macias para amortecer os choques. As de borracha são as indicadas.

**f)** As rodas fixas são mais seguras do que as móveis, usadas para facilitar as manobras.

**g)** Pendurar bolsas atrás do carrinho pode incomodar as costas do bebê, sobretudo em carrinhos de tecido leve, e além do mais o carrinho pode perder o equilíbrio.

**h)** Os carrinhos não devem ser fáceis de fechar sozinhos, imprensando a criança.

**i)** Deverá ter um guarda-sol ajustável.

## Outros tipos de carrinhos

São mais dispendiosos do que o do tipo descrito acima.

## Exigências:

**a)** Alça em que o adulto o segura e o empurra terá de estar a uma altura confortável.

**b)** O encosto terá de ser alto com proteção nas laterais.

**c)** O encosto deverá ser reclinável, de acordo com o bebê.

**d)** Deverá ter uma correia ajustável à cintura e entre as pernas para evitar que a criança escorregue.

**e)** Deverá ter um freio, funcionando bem nas duas rodas.

**f)** O lugar dos pés deverá ser ajustável ao tamanho da criança.

**g)** Bolinhas e guizos para brincar na frente do carrinho não são aconselháveis, pois podem ser engolidos.

**h)** Deverá ter capota ou guarda-sol.

## A VISÃO

As crianças, quando começam a olhar a televisão, preferem, em geral, ver anúncios e depois se interessam por desenhos animados. Atualmente já existem vídeos para bebês desde os seis meses; são imagens sucessivas de fotos de bebês. A opinião dos

pediatras quanto a isto ainda não está estabelecida.

## A DISCIPLINA

Aos sete meses de vida do bebê já se deve pensar nos atos inconvenientes e o mais indicado para lidar com os conflitos é distraí-lo com um brinquedo ou outra atividade. O objetivo principal da disciplina é ensinar as crianças os seus limites; dizendo não, a mãe deverá estar calma e amorosa, porém firme; o bebê deverá perceber que ela tem a palavra final. A mãe deve ter bom senso e não variar suas decisões de acordo com o seu humor do momento. A mãe nunca deve fumar, beber, comer ou carregar objetos enquanto estiver segurando seu bebê.

*O carrinho deve ser resistente e macio, com encosto alto etecido de lona.*

## PARA AJUDAR O SONO

**a)** Dar banho morno no bebê.

**b)** Contar-lhe uma história.

**c)** Colocar uma música suave do seu agrado.

**d)** Dar um suco ou leite morno na mamadeira (não se esqueça de lavar a boca da criança depois).

**e)** Se ao ser colocado na cama ele chorar, espere cinco minutos antes de levá-lo ao colo. Se ele continuar, volte a colocá-lo na cama, ficando por perto para que ele a veja. Se o choro se prolongar por mais de vinte minutos, faça um exame mais cuidadoso.

O sono não depende unicamente da saúde e do comportamento do bebê, mas também do relacionamento com os pais, da rotina da casa e do ambiente ao seu redor (ruídos, temperatura, umidade). A criança alimentada suficientemente ao peito dorme bem; entretanto, a alimentada com leite de vaca e a que é alérgica podem apresentar insônia e inquietude, que poderão desaparecer com a administração de leite de soja. O bebê deve tirar duas sestas durante o dia, uma de três horas pela manhã e outra à tarde. De modo geral ele poderá dormir quando e o quanto quiser; entretanto, a sesta da tarde não deverá perturbar o sono noturno. Pela manhã ele poderá acordar antes dos pais, e se encontrar os seus

"mimis" preferidos poderá se manter sossegado, permitindo que seus pais durmam mais um pouco. O bebê que dorme ocasionalmente demais pode estar com febre, ou se alimentado ao peito é possível que a mãe tenha tomado um tranquilizante ou um antialérgico que tenha passado ao leite. O bebê deverá dormir, em média, catorze horas por dia.

*O bebê dessa idade dorme, em média, catorze horas por dia.*

## A DENTIÇÃO

A irrupção dentária não é absolutamente silenciosa e, por ocasião do aparecimento dos dentes de leite, a maioria dos bebês apresenta mau humor, agitação, diminuição do sono e do apetite, coriza, tosse seca etc. Discreta elevação de temperatura pode ser observada (de 37,1 a 37,4ºC).

### Ordem de aparecimento dos dentes

A primeira dentição, denominada "de leite", apresenta vinte dentes temporários.

*A ordem do surgimento dentário é a seguinte:*

**a)** Incisivos centrais — seis a oito meses. Primeiro os inferiores, depois os superiores.

**b)** Incisivos laterais — oito a dez meses. Primeiro os inferiores, depois os superiores.

**c)** Primeiros molares — doze a dezesseis meses.

**d)** Caninos — dezessete a vinte meses.

**e)** Segundos molares — vinte a trinta meses.

Consulte o capítulo 25 para conhecer mais detalhes a respeito da dentição de seu filho.

## O USO DO BABADOR

Os de tecido simples e atoalhados não servem; passam umidade da baba para o peito do bebê. O lado avesso deve ser forrado de plástico. Não se esquecer de lavá-los sempre.

A baba é normal na criança entre o quarto mês e o primeiro ano de vida. É simplesmente a saliva espessa e abundante que escorre pela boca do bebê. A designação médica é sialorreia. A criança baba mais durante a irrupção dos dentes devido à inchação (tumefação, vermelhidão) da gengiva nesta ocasião.

A saliva representa um fator importante para a saúde da criança; assim, das suas três glândulas que produzem a saliva, as glândulas parótidas produzem um suco aquoso que é usado principalmente para umedecer os alimentos e permitir sua deglutição. Os outros pares de glândulas, denominadas

submandibulares e sublinguais, produzem um suco viscoso, rico em muco, contendo um suco digestivo denominado pitialina, que, uma vez deglutido no estômago, auxilia a digestão dos açúcares e das farinhas (amido). A saliva contém elementos preciosos da defesa do organismo contra as infecções, denominados anticorpos humanos (imunoglobulinas). Sua presença explica por que a criança que leva tudo à boca entre o primeiro e o segundo anos vive contaminada pelas bactérias das mãos e dos objetos.

Infelizmente, apesar de tudo, pode acontecer de a criança adoecer, sobretudo em se tratando de viroses, ao passo que para as bactérias as defesas do organismo são mais eficientes.

Sabemos da influência do sistema nervoso central sobre as glândulas salivares. Assim, a boca pode ficar seca por ocasião das emoções, como também pode ficar úmida, salivando apenas ao observar o alimento que a pessoa adora.

Podemos dividir em cinco as principais causas de salivação abundante: primeira, as doenças cerebrais, devido a um parto difícil, demorado, com reanimação artificial ou qualquer problema grave durante a gravidez.

Esta condição é provocada pela falta de coordenação dos músculos encarregados da deglutição e da saliva que constantemente se produz.

A segunda é a estomatite, isto é, a inflamação da cavidade bucal, às vezes de natureza infecciosa e outras de natureza alérgica.

A terceira é a irrupção dos dentes, entre seis e quinze meses de vida, produzindo inchação e irritação das gengivas.

A quarta é a hipertrofia, o aumento das amígdalas e das adenoides (as carnes da garganta e do nariz). O crescimento das adenoides, quando muito volumoso, obriga a criança a respirar de boca aberta, sobretudo durante o sono, e é quando a criança baba mais.

A quinta causa é o refluxo ácido para o esôfago nas crianças que golfam muito, levando à produção de baba em abundância (a pitialina é alcalina) para neutralizar a acidez do refluxo. O bebê que golfa muito por refluxo baba muito e vive com a mão na boca.

Há a hipótese de a baba ácida, por diversos motivos ainda não bem definidos, provocar o eritema (vermelhidão) peribucal, devido à presença permanente da saliva ao redor dos lábios, que cede facilmente com a aplicação de uma pomada ou creme

neutro. Às vezes esta vermelhidão ao redor dos lábios pode ser provocada por um "tique" da criança, quando nervosa ou distraída, de ficar mordendo os lábios.

## O CERCADO

### Instruções

**a)** O cercado faz parte do equipamento do bebê, tem utilidade para aqueles de seis meses a dois anos para protegê-los e discipliná-los. É valioso quando a mãe está ocupada com os afazeres da casa (preparando a comida, atendendo o telefone, passando o aspirador, costurando etc.). A mãe, entretanto, deve conversar com o bebê mesmo que ele não responda, e colocá-lo onde ele possa vê-la.

**b)** Psicólogos modernos admitem que o desenvolvimento mental do bebê pode ser inibido por falta de estímulos necessários devido ao isolamento. Neste caso, a companhia de outro bebê pode resolver este problema.

**c)** Alguns pediatras acham preferível deixar o bebê livre em um quarto fechado e colocá-lo no chão sobre um lençol ou uma coberta. O cuidado indispensável é o de cobrir com protetor de plástico as tomadas elétricas, retirar vasos e objetos pequenos e tudo o que for quebrável. Deixe-o engatinhar à vontade, sob vigilância da mãe ou de outra pessoa.

**d)** Não convém o uso do cercado por mais de uma a duas horas por dia, a primeira na parte da manhã e a outra à tarde. O bebê precisa se movimentar, ver pessoas e coisas.

**e)** Os bebês que gostam de ficar no cercado, quietos, por horas a fio, são os que mais precisam de contato humano e movimento, para serem estimulados em seu desenvolvimento mental.

## Exigências para um bom cercado

**a)** Bem armado (fixo ou desmontável). Ser redondo ou quadrado é indiferente.

**b)** Não deverá ter saliências, pontas e arestas agudas.

**c)** Os cercados tipo sanfona podem machucar os dedos do bebê e são desaconselháveis.

**d)** Deverá ter altura de 50cm, meio metro acima do

colchão.

**e)** A base deverá suportar 35 quilos, devido aos pulos da criança.

**f)** As grades deverão ser redondas. Com 5cm a 8cm de intervalo, para que entre elas não caiba a cabeça da criança. Não deverão ser muito estreitas, para não bloquear a visão da criança.

**g)** As beiradas e as grades deverão ser forradas de tecido ou plástico, porque a criança poderá morder e aspirar os pedaços, com perigo de sufocação.

**h)** O cercado de tela é o mais recomendado, podendo o assoalho, não as grades, ser forrado de tecido de algodão.

**i)** Não devem ter almofadas ou travesseiros, para a criança não trepar e cair.

**j)** A criança que usa cercado não deve ter mais de 85cm (dois anos) e não pesar mais de 15kg.

## O QUE DEVE SER COMUNICADO AO PEDIATRA

**1)** Quando o bebê não sorri espontaneamente aos

cinco meses de idade.

**2)** Quando não revela qualquer afeto à sua mãe ou à babá.

**3)** Quando não toma conhecimento das pessoas à sua volta.

**4)** Quando não demonstra interesse em brincar com seus brinquedos ou com um móbile, por exemplo.

**5)** Quando se apresenta com os músculos das pernas e dos braços muito rígidos ou muito relaxados.

**6)** Quando fica sentado e a sua cabeça cai constantemente para trás.

**7)** Quando usa somente uma das mãos.

**8)** Quando não segura brinquedos colocados ao seu alcance, depois dos sete meses.

**9)** Quando lacrimeja persistentemente ou quando evita a luz.

**10)** Quando apresenta movimentos desordenados, transitórios, do globo ocular.

Existem casos em que o comportamento do bebê preocupa os pais sem motivo importante. Entre o quarto e o sétimo meses, a criança pode passar por uma dramática mudança de personalidade — até os quatro meses ela vem se revelando tranquila, passiva e

contente apenas com o afeto materno, sua comida e com o sono; à medida que vai tomando conhecimento do mundo à sua volta, revelará aspectos de sua personalidade: rabugenta, ou gentil, teimosa, ou dócil; estes são traços de caráter inato — "saiu" ao pai ou à mãe, segundo a família — podendo se tornar, com a idade, para desespero dos pais, cada vez piores. Durante uma consulta, a mãe deverá informar ao pediatra suas observações. O pediatra esclarecerá se o ambiente está desagradável, com ruídos e discussões dos pais, ou brusquidão nos modos da mãe ou da babá ao lidar com ele. Ausências frequentes e demoradas da pessoa que cuida dele, falta de passeios, berço apertado e outras condições, enfim, são problemas educacionais, e não de saúde.

# Capítulo 18

# O oitavo mês

# O oitavo mês

*O espelho é um grande divertimento para o bebê. Ele faz festa com a sua imagem e reconhece a dos pais.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 8.450g | 8.200g |
| **Estatura** | 68cm | 67cm |
| **Perímetro cefálico** | 44,5cm | 43,5cm |
| **Perímetro torácico** | 44,5cm | 43,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 450g | 450g |

Para o bebê, a necessidade da presença da mãe é tão forte quanto a necessidade de se alimentar. Ele precisa ter certeza de que sua mãe estará em casa quando ele voltar dos seus passeios, esperando por ele, se não foi com ela. Nas cidades do interior, em casa, no quintal, nos jardins e nas calçadas sossegadas as crianças mostram maior tendência à independência do que as que vivem em cidades grandes, num edifício de apartamentos, onde mãe e filho ficam tensos.

O bebê está em constante atividade. Embora já engatinhe para ir aonde quer, ele gasta grande parte do tempo procurando ficar de pé. As quedas,

batendo com a cabeça, não o machucam tanto quanto se julga; os ossos do crânio ainda são flexíveis, amortecendo os choques, não causando lesões como nos adultos.

Entretanto, ter tapetes ou carpete (cuidado com os ácaros e com as causas de alergia respiratória) em casa pode ser útil desta idade em diante. Hoje em dia existem pisos emborrachados e tapetes também emborrachados para cobrir a aérea de brincadeira da criança. Pode engatinhar com uma das mãos, segurando um brinquedo com a outra. Pode engatinhar para a frente e para trás.

Seu comportamento é variado. As gavetas e os armários são perigosos, o bebê gosta de abri-los e tirar o que acha ali dentro, ou então quer entrar neles. Guarde em lugar alto e seguro objetos cortantes e remédios, pois serão levados à boca se ele os encontrar. O ideal é manter todas as gavetas com aparelho de segurança que o impeça de abri-las e fechá-las.

Nesta idade o bebê já fica alerta quando é chamado e começa a saber o significado de algumas palavras. Balbucia duas sílabas e tem variedade de sons e inflexões da voz. Entretanto, tem duas tristezas: a primeira quando percebe que a mãe se prepara para

sair, e a segunda quando percebe que ela não o levará para passear.

O gesto básico do relacionamento humano é a interação olhos nos olhos, especialmente entre mãe e filho. A falta deste ato é uma das razões por que as crianças criadas em instituições são mais atrasadas mental e socialmente.

Cada bebê é diferente do outro. Um é sensível à educação visual, outro à auditiva. Não gostam de ficar sozinhos no quarto.

Os brinquedos são o seu mundo. O bebê examina-os com cuidado, procura um brinquedo escondido debaixo de um móvel, puxa o barbante de um embrulho amarrado. Morde e chupa seus brinquedos. Tenta beijar imagem no espelho. Grita para chamar atenção. Estranha fortemente as pessoas, é muito apegado à mãe. Se aquieta com a voz materna.

O bebê não gosta de mudanças de quarto ou de casa, de ambiente em geral, sobretudo de repente; precisa de algum tempo para se acostumar com a nova rotina e com pessoas desconhecidas.

Por isso as mães não devem deixá-los sozinhos no começo de uma mudança de ambiente ou de pessoa. O choque emocional é sempre possível.

## AS MÃOS DA CRIANÇA — FERRAMENTAS MARAVILHOSAS

As mãos de uma criança têm um significado extraordinário. Por meio das suas habilidades, pode-se observar a exatidão do desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida. No primeiro semestre, a mão funciona como um gancho, somente permitindo análise manual e oral.

Ao término do primeiro ano de vida, a mão já se torna um instrumento de análise, de investigação por parte da criança, e ao término dos dois anos ela funciona bem, podendo desempenhar diferentes atividades.

## A EDUCAÇÃO

É aconselhável deixar a criança num quarto em que possa brincar e engatinhar à vontade. Substitua possíveis brinquedos perigosos por outros isentos de risco.

Se o bebê tiver o hábito de bater com a cabeça nas coisas ou puxar os cabelos, isto deverá ser

comunicado ao pediatra.

Nem todos os bebês se interessam pelo que está ao seu redor; outros são mais atentos. Se ele quiser segurar a mamadeira ou um biscoito, deve-se deixar que faça isso.

Ele sabe colocar duas sílabas juntas ("dá-dá"). Aprende a estalar a língua, numa imitação. Começa a compreender a razão do "não" e parece entender o significado de algumas palavras. Os pais, ao falar com o bebê, deverão fazê-lo normalmente, sem imitar a maneira de falar de uma criança.

Ele dorme uma ou duas vezes por dia.

*Aos oito meses o bebê aprende a usar as mãos de todas as maneiras. Ele já se senta sem apoio e pode virar-se sozinho na cama.*

Senta bem, chuta, rola, não para, serpenteia e se sacode. Na cama, faz movimentos parecidos com os da natação. Pode ou não engatinhar, alguns nem

engatinham, começam a andar cedo.

Dorme dez a doze horas por dia. Acorda e dorme outra vez, aproximadamente entre as seis e as sete horas. A criança deverá aprender a brincar sozinha. A mãe que se apressa em levá-la ao colo quando está balbuciando ou falando sozinha comete um erro.

## A IMPORTÂNCIA DAS FRUSTRAÇÕES (FRACASSOS, DECEPÇÕES) NA FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE DA CRIANÇA

Privar, a qualquer preço, a criança do desprazer durante o primeiro ano de vida é, para alguns especialistas, tão nocivo quanto privá-la de afeto. Os dois cooperam para a formação do equilíbrio psíquico. A ausência ou não da atuação de um desses sentimentos leva-a a um desequilíbrio, com a predominância indesejável de um destes dois polos da vida humana, o sucesso e o fracasso. Este ponto de vista é considerado pelos que admitem erro daqueles que preconizam a permissividade absoluta para a criança, não a contrariando, fazendo todas as suas

vontades. Não devemos, no entanto, negar que as frustrações são impostas pela própria natureza e que auxiliam o desenvolvimento da personalidade para se adaptar e vencer as dificuldades que a vida progressivamente impõe.

Podemos catalogar as seguintes frustrações impostas no primeiro ano de vida e que os pais não podem evitar:

**a)** O trauma do nascimento, que obriga a mudança de circulação fetal para a respiração normal.

**b)** Alterações de temperatura e manipulação, às vezes excessiva, no parto.

**c)** Frustrações repetidas e contínuas pela sensação de fome, sede ou cólicas dos três primeiros meses.

**d)** O desmame, que obriga a criança a se separar da mãe ou da mamadeira.

**e)** As tentativas de procurar alcançar um objeto, o que nem sempre ele consegue.

**f)** A de provar um alimento que não agrada ao seu paladar ou tomar um remédio que detesta.

**g)** Quando ao colo, tentar mudar de posição ou de lugar, querer mudar de ambiente e não conseguir, pois o adulto não o "entendeu". Ele desiste sem sofrimento, mas fica frustrado.

**h)** Tentativas de pôr-se de pé.

**i)** Tentativas de andar sozinho e cair.

**j)** A sensação desagradável da erupção dentária.

**k)** A presença de estranhos e a ausência de pessoas queridas.

*Um piso apropriado, fácil de limpar e macio, é recomendado quando o bebê já é colocado no chão.*

As frustrações próprias e inevitáveis, progressivas e repetidas, acabam funcionando como verdadeiras "vacinas" psíquicas, fazendo com que a criança as suporte melhor no futuro. Às vezes as frustrações são impostas pelos pais, e as outras frustrações são devidas às iniciativas malsucedidas desempenhadas pela própria criança.

As manifestações de desprazer e de afeto vão se revelando no decorrer da infância. Assim, no terceiro mês, a criança manifesta seu desprazer quando a pessoa que lhe fazia companhia se retira. Ao sexto mês, o desprazer se manifesta ao lhe ser tirado um brinquedo.

Ao sétimo mês, o bebê não responde sistematicamente com um sorriso quando é agradado ou suavemente provocado; agora ele faz distinção entre conhecidos e estranhos. Baixará os olhos, fará beicinho, esconderá o rosto com as próprias mãos ou com um lençol e chorará. Por volta do oitavo mês de vida, as respostas de prazer e desprazer vão se tornando mais claras e se estendendo a um maior número de provocações, medidas corretivas ou proibitivas, presença inevitável de pessoas estranhas,

medidas terapêuticas. As medidas restritivas ou desagradáveis levam o bebê nesta idade a um estado de ansiedade, de aflição, que os psicólogos denominam de angústia do oitavo mês. As manifestações expressivas de prazer ou desprazer vão se transformando aos poucos em um "código" de comunicação. O bebê provoca os familiares para que o aliviem de alguma coisa que o incomoda e também para que lhe ofereçam alguma coisa que ele deseja; o sorriso do terceiro mês é substituído pela ansiedade e angústia do oitavo mês.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

O bebê consegue se sentar sozinho e olha ao seu redor. Levanta-se, quando ajudado, com as duas mãos. Não para de brincar. Já deverá estar engatinhando.

### Comportamento emocional

Nota-se alguma modificação no seu comportamento. O bebê começa a apresentar sinais de ansiedade. Começará a diferenciar pessoas amigas de estranhas, respondendo a estas com violentas reações de temor. Ao ser examinado pelo pediatra, fica-o vigiando com cara de desconfiança ou contrariedade, e de repente, após alguns momentos, apavorado, procura os braços de sua mãe.

## Capacidade de adaptação

Puxa os próprios cabelos. Transfere de mão os brinquedos. Percebe quando eles caem e procura apanhá-los. Mima seus brinquedos.

## Progresso da linguagem

Pratica as consoantes B e P.

## Comportamento pessoal e social

Devido ao nível de ansiedade e desconfiança que geralmente se apresenta nesta idade, ele só estica os braços para ir ao colo de pessoas conhecidas. Às vezes

procura chamar a atenção dos outros. Não deve ser forçado nenhum contato.

### Brinquedos (seu interesse e preferência)

São muito apreciados, nesta ocasião, os brinquedos flutuantes para a hora do banho.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Coloque um objeto numa mesa ao lado da cama do bebê. Ele, com as próprias mãos, através das grades, deverá procurar apanhá-lo.

*Bebê "examinando" detalhadamente um brinquedinho novo.*

## Segunda prova

Ele procura evitar o que não lhe agrada. O adulto, com um lenço, deverá executar alguns movimentos, como, por exemplo, o de limpar o nariz do bebê; ele, com suas mãos, tentará afastar as do adulto, a fim de impedir-lhe os movimentos.

## Terceira prova

Ele se move de lugar. Esta é uma prova de observação. O bebê move-se do lugar não se arrastando, e sim virando-se e deslocando-se, procurando engatinhar.

## Quarta prova

Recupera o brinquedo que lhe foi tirado. O bebê está brincando com qualquer objeto: o adulto o tira e o coloca num bolso, deixando parte dele à vista; o bebê deverá tentar buscá-lo, desde que esteja ao seu alcance.

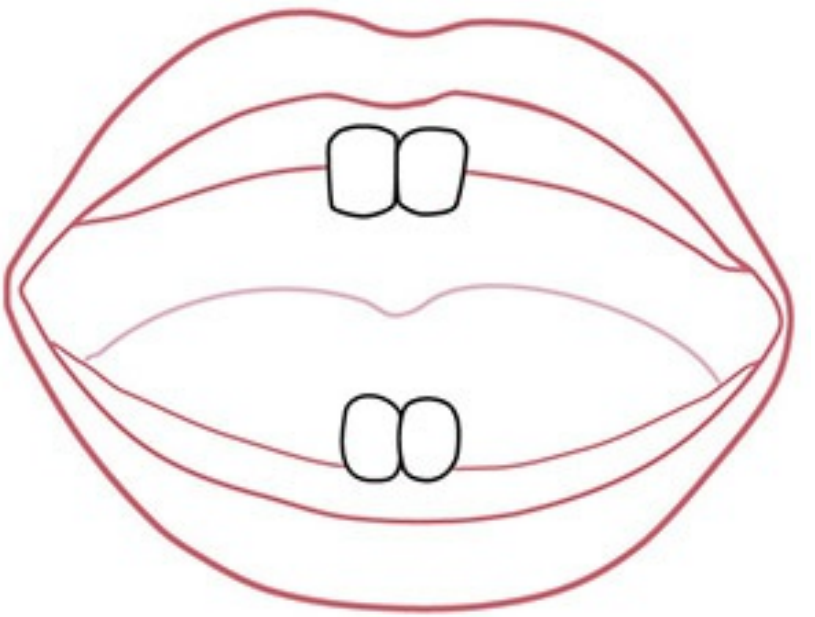
### A DENTIÇÃO

O bebê apresenta quatro dentes (sendo dois incisivos superiores e dois incisivos inferiores). Lembrando que algumas crianças podem demorar um pouco mais, a dentição sendo iniciada às vezes apenas após um ano.

Esses dentes podem aparecer entre oito e dez meses de idade e

serão trocados pelos permanentes de mesmo nome por volta dos sete anos.

Higiene: continue utilizando a gaze ou fralda umedecida com água filtrada para a limpeza da boca. Os dentes deverão ser higienizados com escova dental extramacia para bebês e com fio dental.



## Quinta prova

Maneja dois brinquedos ao mesmo tempo. Ao bebê já ocupado com um brinquedo em uma das mãos, oferece-se outro, que ele deverá apanhar com a mão livre, sem soltar o primeiro, e movendo os brinquedos com as duas mãos, simultaneamente.

## A ALIMENTAÇÃO DO OITAVO AO NONO MÊS

No oitavo mês, o regime alimentar será o mesmo do sétimo mês (inclusive a manutenção do alimento materno), mas algumas considerações devem ser feitas. A tentativa de oferecer alimentos granulosos bem picadinhos, biscoitos e pães torrados, para o bebê começar a roer, a fim de exercitar a mastigação, deve ser encorajada.

Alguns tomam a iniciativa de segurar a mamadeira, o que deve ser permitido. O cuidado com os bicos das mamadeiras continuará o mesmo; ferva-os por três minutos, diariamente, e guarde-os em vidro fechado, antes espirrando a água através dos buracos, para limpá-los.

Prossiga a alimentação com os cereais, legumes,

carnes (frango, carne vermelha, fígado), ovo e verduras. As gelatinas de frutas coloridas despertam-lhe grande interesse, mas não têm valor nutritivo e devem ser evitados.

## O FEIJÃO, A CARNE E A MANTEIGA

### O feijão

Ele é, sem dúvida, um alimento muito usado no Brasil, sendo servido com arroz branco e farinha de mesa, um dos pratos prediletos das nossas crianças. Pode ser dado tanto pela manhã como à tarde, adicionado ao purê de legumes, às massas e às gemas. É um alimento de grande valor nutritivo: contém ferro, vitaminas e é rico em proteínas. O feijão preto e o mulatinho são os mais aconselháveis, pois o branco é de digestão mais difícil.

### O caldo de feijão

Modo de preparo: 100g de feijão preto (deixe-o

de molho por doze horas em um litro de água, ou em tempo inferior se utilizar panela de pressão. Depois, ponha-o para cozinhar durante duas horas, em fogo brando, e em seguida passe pela peneira, fazendo pressão sobre os grãos. Dê ao bebê exclusivamente o caldo (o caroço, inteiro, pode ser dado a partir de dez meses sem problemas).

O tempero do feijão deve ser feito com azeite, tomate picado sem pele e sem sementes e um pedaço pequeno de cebola picadinho. O acréscimo de até três legumes ao caldo de feijão é recomendável, em forma de purê.

## A carne

Pode ser oferecida também a de galinha, e, em alguns estados do Brasil, onde é mais disponível, a carne de carneiro. O fígado não deverá ser esquecido, sendo dado uma ou duas vezes por semana. Pode ser oferecido um ovo inteiro amassado. O peixe pode ser oferecido, porém com muito cuidado, por conta das espinhas.

## A manteiga

É a gordura do leite. Além de gordura, contém vitamina A (caroteno), que lhe dá a cor amarela, vitamina D e vitamina E. É um alimento antirraquitismo, protegendo também a pele e as mucosas. É indispensável mantê-la sempre em geladeira, para conservar sua consistência sólida de massa úmida. Pode ser oferecida do oitavo mês em diante, desde que a criança não apresente intolerância, alergia, diminuição do apetite para a próxima refeição ou então fezes líquidas. Algumas crianças adoram, e outras detestam. Pode ser utilizada na preparação de sopas, purês de legumes, carne, e entre um e dois anos já pode ser passada na torrada ou no biscoito.

## O ANDADOR

Apesar de ainda muito popular no Brasil para bebês de seis a quinze meses, o andador não é recomendado pelos pediatras. Os pais alegam alguns motivos para colocar o bebê no andador. Dizem que ele dá mais segurança às crianças (evitando quedas), mais independência (pela maior mobilidade), promove o desenvolvimento (auxiliando no treinamento da

marcha), o exercício físico (também pela maior mobilidade), deixa os bebês extremamente faceiros e, sobretudo, mais fáceis de cuidar.

Em todo o mundo tem-se provado que as afirmações acimas são erradas. A ideia de que o andador é seguro é a mais errada de todas. A pesquisadora sueca Ingrid Emanuelson publicou uma análise dos casos de traumatismo craniano moderado em crianças menores de quatro anos que considerou o andador o produto infantil mais perigoso, seguido por equipamentos de playground, principalmente a cama elástica. A cada ano são realizados cerca de dez atendimentos nos serviços de emergência para cada mil crianças com menos de um ano de idade em razão de acidentes com o andador. Isto corresponde a pelo menos um caso de traumatismo para cada duas a três crianças que utilizam o andador. Em um terço dos casos, as lesões são graves, geralmente fraturas ou traumas cranianos, exigindo hospitalização.

É verdade que o andador confere independência à criança. Contudo, um dos maiores fatores de risco para traumas em crianças é dar independência demais numa fase em que ela ainda não tem a mínima noção de perigo. Colocar um bebê de menos de um ano

num verdadeiro veículo que pode atingir a velocidade de até 1 m/s equivale a entregar a chave do carro a um menino de dez anos. Crianças até a idade escolar exigem total proteção. O andador atrasa o desenvolvimento psicomotor da criança, ainda que não muito. Bebês que utilizam andadores levam mais tempo para ficar de pé e caminhar sem apoio. Além disso, engatinham menos e têm escores inferiores nos testes de desenvolvimento.

*Chão macio evita que o bebê se machuque em caso de queda.*

Dizer que o andador torna a criança mais fácil de cuidar revela preguiça, desinteresse ou falta de disponibilidade do cuidador. Caso o adulto realmente não tenha condições de ficar o tempo todo ao lado do bebê, é mais seguro colocá-lo num cercado com brinquedos do que num andador. Cercá-lo de um ambiente protetor, com dispositivos de segurança, como grades ou redes nas janelas, é uma medidas de proteção passiva, muito mais efetiva. O andador definitivamente não se enquadra neste esquema.

Ou seja, não recomendamos que as mães utilizem o andador.

## A DISCIPLINA

Não adianta dar brinquedos caros para o bebê. Objetos comuns, como colheres de madeira e outros, plásticos de todos os tamanhos, cores e caixas despertam-lhe muito interesse. Nesta idade ele apresentará um desenvolvimento emocional que até

então não tinha, e a ansiedade diante de estranhos é geralmente uma das primeiras marcas emocionais. Até os três meses ele aceitará a presença de qualquer pessoa; já com oito meses em diante não aceitará estranhos, mesmo pessoas da família e a babá que ficaram muito tempo ausentes. Começará a ter medo de algumas situações que não o assustavam, como a escuridão, os trovões, sons altos de rádio, televisão e de aspiradores de pó. Nesta fase, a criança fica mais encantada com o papel de presente do que realmente com o presente.

*Cuidado, a grama pode ter carrapatos e formigas.*

## PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES (DO OITAVO AO DÉCIMO SEGUNDO MÊS)

Nesta idade o bebê já engatinha, fica de pé, mete o dedinho em tudo o que vê e leva tudo à boca!

**a)** Banho (já exemplificado no capítulo anterior).

**b)** Sufocação (já exemplificado no capítulo anterior).

**c)** Quedas (já exemplificado no capítulo anterior).

**d)** Queimaduras. Nestes meses já aparece o perigo das queimaduras, porque o bebê engatinha e pode ficar de pé. Cerque os locais onde há aquecedores, ar-condicionados, tomadas, ralos, fogueiras e lareiras. Evite que o bebê fique na cozinha. As panelas em cima do fogão, com o cabo para fora, constituem grande perigo. Vire-as sempre para dentro.

**e)** Brinquedos sempre para a faixa etária do bebê.

**f)** Aparelhos elétricos e a gás são perigosos; cuidado com abajures leves, torradeiras, ventiladores, ferro elétrico, fios e tomadas. É importante cobrir os buracos das tomadas com esparadrapo ou protetor plástico próprio quando fora de uso.

**g)** Nesta idade, constituem grande perigo tesouras, facas, canivetes e objetos quebráveis. Cuidado com os

móveis de quinas pontiagudas.

*Nessa idade, cuidado com pequenos objetos. A criança costuma colocar tudo na boca.*

**h)** É a época de as crianças caírem de escadas não cercadas. As portas, se não forem trancadas, devem pelo menos ser fechadas. A colocação de pequenos pesos com areia (são decorativos, em forma de bichinhos) no canto inferior das portas evita acidentes com o seu fechamento súbito. Há possibilidade de esmagamento dos dedos quando movimentadas por crianças, pelo vento brusco ou mesmo por adultos

distraídos.

**i)** Quanto às varandas, também são perigosas, sobretudo as que têm acesso a escadas. Áreas internas ou quintais não devem ficar sem vigilância.

**¡)** Os remédios deverão ser trancados em lugar alto. Remédios ou produtos químicos colocados na mesinha de cabeceira e ingeridos pelo bebê são causas de acidentes frequentes nesta idade.

Aos oito meses o bebê está se preparando para o maior marco de sua vida!

Depois de engatinhar, ele tentará ficar de pé; além de tudo está começando a perceber coisas (conhecimento cognitivo). Os pais que tinham dúvida se ele realmente compreendia o que estava acontecendo à sua volta agora perceberão, pela expressão da sua face, sinais de que está prestando atenção, responde ao chamado do seu próprio nome e tentará ir para onde quer e alcançar aquilo que desejar.

# Capítulo 19

# O nono mês

# O nono mês

*A partir do oitavo e nono meses, todo cuidado é pouco. As crianças já se locomovem, ficam em pé apoiadas e querem pegar tudo que veem.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 8.900g | 8.650g |
| **Estatura** | 69cm | 68cm |
| **Perímetro cefálico** | 45cm | 44cm |
| **Perímetro torácico** | 45cm | 44cm |
| **Ganho de peso mensal** | 450g | 450g |

O que caracteriza o bebê de nove meses não é sua atividade motora, mas suas habilidades mentais e seu relacionamento com as pessoas. Uma prova evidente de sua memória é que ele se lembra do caminho do consultório médico depois de alguns meses afastado. Seu desenvolvimento muscular é aprimorado, ele procura engatinhar para subir escadas. Segura um objeto com as duas mãos quando percebe que é grande para uma só. Senta-se firmemente numa cadeira, usa o dedo indicador para apontar coisas e pessoas e metê-lo em buracos. Usa o polegar e o indicador para pegar pequenos objetos e brinquedos; cuidado para ele não os engolir. Gosta

que o vejam e, se é aplaudido por algo, repete a graça. Reconhece sua imagem e a de sua mãe no espelho. É sensível a outras crianças, chora com elas. Sua linguagem continua melhorando. A vocalização já traduz emoção. Usa palavras com nomes específicos, como "papá", "mamã", "babá" etc. Presta atenção às conversas. Imita a tosse dos outros e faz "psiu".

A idade de nove meses é uma fase de insegurança. As mães reagem diferentemente ao temor de seus filhos; umas toleram com paciência, outras se revoltam e se zangam. Eles têm medo do barulho do aspirador de pó; na banheira, se levou um escorregão anterior, lembra-se; alguns temores são benéficos — eles têm medo de altura.

## A EDUCAÇÃO

Na verdade, os bebês aprendem muito com seus irmãos. O tormento do bebê no seu primeiro ano de vida é o irmão de um ou dois anos; ele é o seu "problema", usa os seus brinquedos, e às vezes fica difícil a mãe fazer justiça. Os mais velhos se sentem perseguidos quando a mãe apoia o menor, e na

ausência dela vão à forra no "querido" irmãozinho! Na verdade, estes sentimentos humanos de egoísmo e competição são difíceis de ser controlados pelos pais. Desde que não haja agressão ou dano físico, o melhor é "deixar pra lá", como diz a sabedoria popular. Embora vivam brigando, eles têm cada vez mais prazer na companhia uns dos outros.

Aos nove meses o bebê começa a revelar seu tipo de personalidade — calmo, flexível ou teimoso. Ou, do ponto de vista orgânico, sua sensibilidade ou resistência às infecções.

## MÉTODO DE ENSINO

O bebê já está se tornando um indivíduo, portanto o modo como ele faz e resolve as coisas necessita de ajuda. O Professor K. Kenneth aconselha três métodos de ensino:

**1)** Mostrando como fazer as coisas.

**2)** Guiando suas mãos.

**3)** Induzindo a tarefa. Este terceiro método é usado quando se percebe que ele tem iniciativa, mas é incapaz de terminar a tarefa; por exemplo, colocar

um brinquedo atrás de uma cortina de plástico ou tecido transparente, solicitando que ele vá apanhá-lo por conta própria.

## A VACINA COM NOVE MESES

Em alguns estados do Brasil indica-se a vacina contra a febre amarela aos nove meses de idade.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Suspenso, quando encosta os pés no chão, faz movimentos para andar.

### Comportamento emocional

Ele aprecia companhia e demonstra alegria em vê-la. Prefere não ficar sozinho.

## Capacidade de adaptação

Prefere engatinhar e é capaz de rolar e sentar-se sozinho.

## Progresso da linguagem

O bebê demonstra habilidade de diferenciar tonalidades, imitando modificações de vozes que escuta ao seu redor, ao mesmo tempo que também começa a imitar expressões faciais.

## Comportamento pessoal e social

Ele já segura a mamadeira, levando-a à boca, aprende gracinhas, pisca os olhos. Pode-se treinar a mastigação, apesar de ele ainda não ter os molares, dando-lhe, após as refeições, biscoitos e torradas.

## Brinquedos (seu interesse e preferência)

Qualquer criança acostumada a ficar sozinha brincará feliz e se divertirá com uma bola, uma colher ou uma pazinha.

## Primeira prova

Conservar o equilíbrio, estando sentado. Ao bebê sentado, ofereça um brinquedo a uma das mãos, e em seguida outro, para a outra mão. Ele deverá apanhar os dois e os conservar nas mãos, sem perder o equilíbrio.

## Segunda prova

Sentado, livra-se da fralda. Nesta posição, a mãe cobre-o com uma fralda; ele deverá se livrar dela com as mãos, sem perder o equilíbrio.

## Terceira prova

Permanecer de pé; o bebê deverá manter-se de pé com certa facilidade quando apoiado.

## Quarta prova

Desloca-se engatinhando. Coloca-se no cercado, fora do seu alcance, um brinquedo; o bebê deverá engatinhar até ele, apanhando-o.

### Quinta prova

Responde a gestos significativos. Uma pessoa, perto do bebê, deverá fazer gestos alegres, estendendo os braços e sorrindo. Logo em seguida, levantar a mão ameaçadoramente; o bebê, de risonho, deverá passar a sério, fazendo movimento de recuo.

## ALIMENTAÇÃO DO NONO AO DÉCIMO MÊS

Em relação à alimentação, a educação do paladar do bebê para aceitar alimentos diferentes deverá ser um dos objetivos da mãe. A oferta de novos alimentos deve ser iniciada no último trimestre do primeiro ano, no início do nono mês. A mãe ou responsável deve oferecer inúmeras variedades de legumes, frutas e verduras para estimular o seu consumo no futuro.

Alguns bebês que se alimentam já há muito tempo

com alimentos em forma de purê permanecem indefinidamente com o hábito de só comer alimentos pastosos, perdendo o apetite e o interesse pela comida. E se um dia for apresentada uma alimentação normal, ele se recusará ao esforço de ter de mastigar. Se a mãe insistir, ele então procurará vomitar, ingerir a comida com repulsa e se for apresentar muito infeliz; é o que os franceses chamam *syndrome du mixer* ("doença do liquidificador"). Por isso deve-se o mais rápido possível ir aumentando a consistência sólida da alimentação.

A água, dos nove meses em diante, deverá ser filtrada. Antes disso, ela era fervida. Entretanto, nas cidades em que a água não é tratada, convém mantê-la fervida até os dois anos, e em alguns casos até por mais tempo.

## A higiene da água

Através da água a criança pode ser contaminada com as doenças mais sérias e graves; portanto, a água para o bebê deverá merecer a maior atenção. A água deverá ser de boa origem, isto é, potável, tratada por obras de engenharia sanitária, bem conservada e filtrada; para segurança, deverá ser dada água fervida

até os nove meses de idade. A água de poço é perigosa, devendo ser levada ao laboratório para ser examinada. Em casa, os pais deverão indagar sobre as condições da caixa-d'água, que deve ser bem fechada e isolada; as caixas-d'água semiabertas permitem contaminação, e às vezes sua água transmite doenças a todos os habitantes de uma casa ou mesmo a um edifício de apartamentos. Se for fervida, deve ser conservada em garrafas bem fechadas.

As velas do filtro deverão ser bem lavadas uma vez por semana com água, escova e sabão; detergente não serve, basta o sabão simples mesmo. Se a água estiver barrenta, os pais deverão lavar o filtro duas vezes por semana.

Os purificadores de água de uso doméstico também podem ser utilizados. Mas atenção, os filtros também devem ser trocados. Siga a orientação do fabricante.

## O peixe

Deverá ser oferecido pelo menos uma vez por semana; é um alimento necessário para o bebê em crescimento. Pode ser oferecido do nono mês em diante, como acompanhamento ao purê de legumes

ou de batatas que o bebê come nesta idade. O peixe é um alimento rico em iodo, sobretudo os peixes de água salgada, não os de lagoas e rios. O iodo é muito importante, porque faz parte da formação da glândula tireoide, essencial para o organismo em crescimento. A riqueza de iodo do peixe explica a ausência de bócio na população que vive nas praias e sua presença relativamente frequente nas que vivem em montanhas. O principal problema do peixe é a garantia de ele estar fresco; ele deve ser mantido congelado desde sua obtenção, transporte e posterior conservação no lar.

O peixe fresco, além do odor característico, tem olhos brilhantes, transparentes, guelras vermelhas, carne firme e barriga dura e saliente.

Os peixes que podem ser usados variam conforme o lugar onde possam ser pescados, como o badejo, o linguado e o namorado. Existem, entretanto, peixes gordos, como o bagre e a cavala, que não são aconselháveis à criança. O bacalhau e a sardinha só deverão ser oferecidos depois dos dois anos de idade, principalmente a sardinha em conserva.

Para serem dados ao bebê, deverão ser cozidos em fogo brando por cinco a dez minutos. Depois deve-se retirar a água, amassá-los e juntá-los aos outros

alimentos.

## COMO COMPOR O PRATO DO BEBÊ

Desta idade em diante deve-se começar a tentar separar os alimentos uns dos outros, para que, pouco a pouco, o bebê se habitue a diferentes sabores e consistências. Quando o bebê não está familiarizado desde cedo com os diferentes sabores de carne, vísceras, peixes, galinha e legumes variados, torna-se mais difícil fazê-lo comer depois de um ano de idade. Separe alimentos de cores diferentes, como, por exemplo, a carne, um legume verde e um purê de batatas, evitando fazer de tudo uma só papa; isso estimula o apetite, porque o bebê aprecia a variedade de cores.

Temos visto, entretanto, que o feijão preto, pela sua cor, pode provocar, às vezes, em alguns bebês, uma certa repulsa.

Naturalmente, a mãe terá mais um pouco de trabalho.

Embora tenha somente seis dentes anteriores, alguns bebês conseguem mastigar, o que deve ser

estimulado, pois faz bem às suas gengivas.

Vale a pena oferecer ao bebê biscoitos, carne e legumes picadinhos. Não coloque sal e evite a gordura. Ele não nasceu com paladar para ela, como em carnes gordurosas, manteiga e frituras. Se forem dadas muito cedo, ele adquirirá o gosto por toda a vida, com tendência a engordar, e o futuro é arteriosclerose ou pressão sanguínea alta.

Ao se alimentar de comidas consistentes, as fezes do bebê se tornarão mais sólidas; açúcar e gordura dão odor mais forte. Os vegetais dão coloração esverdeada; beterraba, avermelhada, também nas fezes, e até a sua urina poderá apresentar uma tonalidade avermelhada.

A mãe deve ter noção da pirâmide alimentar e de quantas porções deverá dar por dia para seu bebê, montando assim seu cardápio.

## O USO DE CADEIRA ALTA PARA AS REFEIÇÕES

É a responsável por muitos acidentes em casa. “Meu filho caiu da cadeira!”, diz a mãe aflita ao pediatra.

Nos Estados Unidos ocorrem, em média, nove mil acidentes domésticos por ano. A maior causa é a distração de quem está tomando conta da criança. As crianças ficam de pé porque estão em cadeiras que na maioria das vezes não têm cinto de segurança. A bandeja pode machucá-la.

Também nos Estados Unidos, desde 1976, para uma cadeira alta ser segura exigem-se os seguintes requisitos:

**a)** Uma cadeira desmontável terá de ter um fecho de segurança para evitar que se feche acidentalmente.

**b)** Ter um cinto de segurança na altura da cintura e outro entre as pernas.

**c)** Estabilidade, mesmo com as crianças subindo pelas traves.

**d)** Deverão aguentar 45 quilos, mais 25 quilos nas traves.

**e)** A bandeja não deverá ser considerada "cinto de segurança" para a criança.

**f)** A bandeja deverá ser usada para a criança que já se senta sozinha, e não para um bebê.

**g)** Os pés da cadeira deverão estar bem separados, para manter seu equilíbrio.

**h)** O apoio para os pés deverá ser regulável de seis

meses aos dois anos, de madeira ou de plástico, não de pano.

**i)** A bandeja deverá ser lavável.

**j)** De preferência, deverá ser de madeira; as de plástico são mais leves e menos seguras. Não deveá ter enfeites decorativos no encosto, nem arestas e pontas; o assento deverá ser de madeira ou de palhinha. Deverá ter uma base firme, com traves entre os pés da cadeira.

# Capítulo 20

# O décimo mês

# O décimo mês

*Além de balbuciar as primeiras palavras, aos dez meses a criança usa o polegar e o indicador, agarrando firme os objetos a seu alcance e geralmente os levando à boca.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 9.350g | 9.100g |
| **Estatura** | 71cm | 70cm |
| **Perímetro cefálico** | 45,5cm | 44,5cm |
| **Perímetro torácico** | 45,5cm | 44,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 300g | 300g |

Aos dez meses o bebê começará a dizer uma palavra que o acompanhará por toda a infância — "não" —, e a experimentar um sentimento que também o seguirá para o resto da vida — o ciúme. O bebê chora se outra criança for mimada pela sua mãe. Outra particularidade se manifestará: o raciocínio. Se a sua bola rolar para debaixo de um armário, ele procurará afastá-lo para apanhá-la, e, se não conseguir, engatinhar e se arrastar para obtê-la. Sua expressão fisionômica já revela diferentes emoções, se está aflito, triste, feliz, zangado, desconfortável. Ele chora ou grita não somente por sentir dor, para

receber auxílio ou por se sentir desconfortável, mas também por outras razões: medo de estranhos, de lugares desconhecidos, de atividades não desejadas, pela separação da sua mãe ou de uma pessoa querida. Demonstra alegria quando seu pai chega em casa. Suas atividades motoras são extraordinárias:

**a)** Engatinha esticado, com o bumbum para o alto, e depois se levanta sozinho.

**b)** Carrega dois objetos com uma só mão.

**c)** Senta-se sozinho.

**d)** Sacode as mãos para dizer adeus.

**e)** Põe um chapéu de brincadeira.

**f)** Sabe a finalidade de alguns objetos.

**g)** Olha o que tem dentro de uma caixa e pega o que puder (cuidado!).

**h)** Anda de lado, apoiado num móvel.

**i)** Começa a observar seu corpo.

**j)** Segura um brinquedo com uma das mãos enquanto usa a outra para fazer algo.

O polegar, já em franca oposição aos outros dedos, funciona em forma de pinça com o indicador, agarrando firme os objetos. Esta é a principal diferença motora entre o homem e o macaco.

A linguagem já está progredindo; ele diz uma ou duas palavras além de "papá", "mamã" e "babá". Repete as palavras continuamente. Diz "não", "tchau".

Já emite vogais e sílabas combinadas ou não, faz barulho com os lábios e, às vezes, acha graça nos próprios sons que emitiu, especialmente se forem altos.

## A EDUCAÇÃO

Aos dez meses já está na hora de levar a educação do bebê mais a sério. A imitação começa a desempenhar um papel importante nos ensinamentos. É o melhor meio, e o mais prático, de se ensinar. As crianças aprendem o que fazemos na frente delas, mas nem sempre o que lhes dizemos. Lavar as mãos antes das refeições, escovar os dentes, pentear os cabelos e agradecer serviços prestados são práticas diárias. Ele também imita os irmãos nos parques e jardins, tanto seu modo de brincar como as malcriações. Obedece a palavras de ordem, escuta com atenção as palavras da família. A mãe deve ter cuidado; ele já desconfia

quando ela procura enganá-lo. Começa a ter dificuldades com o sono, talvez devido à dentição ou à variedade de emoções.

Examina seus brinquedos, olha-os, explora-os e morde-os.

Percebe a ausência de alguns objetos a que está acostumado; por exemplo, um brinquedo que leva para o banho ou o relógio no pulso da mãe.

Os brinquedos mais adequados para o bebê são os bichinhos de borracha, colherinhas de plástico, baldes, matracas e campainha.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

O bebê fica de pé, segura-se à grade do berço, apreende melhor os objetos, porque o polegar já se opõe aos outros dedos.

### Comportamento emocional

Demonstra reações de desagrado quando privado da companhia de pessoas amigas.

## Capacidade de adaptação

Prefere ficar de pé ou sentado quando está acordado.

## Progresso da linguagem

Já diz "papá", "mamã", "dá" ou outra palavra, de acordo com seus desejos. De dez a doze meses começa a descobrir que algumas combinações de sons, repetidas muitas vezes, trazem a possibilidade de ele conseguir realizar seus desejos, principalmente a milagrosa combinação "mamã", com a qual obtém tudo aquilo que deseja: alimento, colo ou diversão.

## Comportamento pessoal e social

Ele é capaz de fazer algumas imitações, dá até logo com as mãozinhas e bate palmas. Come biscoitos e torradas sozinho. Usa o dedo indicador para exploração.

### Brinquedos (seu interesse e preferência)

Adora brinquedos com sons e coloridos. Os que têm luzes são seus preferidos. Já observa com atenção músicas e DVDs infantis. Já começa a gostar de ouvir histórias.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Chama atenção sobre si mesmo. A pessoa junto do bebê fica de costas conversando com outra; o bebê procurará sua atenção, puxando sua roupa ou mostrando-lhe um brinquedo.

### Segunda prova

Descobre um brinquedo escondido. Diante do bebê, esconde-se um objeto debaixo de uma fralda estendida; ele deverá descobri-lo, puxando a fralda.

## Terceira prova

Toca tambor por imitação. Diante do bebê, uma pessoa toca um tambor por algum tempo. Dá-lhe o tambor em seguida. Ele procurará executar os mesmos movimentos, embora não saiam perfeitos.

## Quarta prova

Uma pessoa, diante do bebê, bate duas colheres, fazendo ruído. Dá-lhe as colheres em seguida, e ele fará o mesmo gesto.

## Quinta prova

Escolhe nitidamente um brinquedo. Uma pessoa mantém ao alcance do bebê um brinquedo diferente em cada mão; ele apanhará o que achar mais interessante. Logo em seguida, a pessoa retoma o brinquedo e o apresenta novamente, tendo o prévio cuidado de trocar de mãos o objeto; o bebê o apanhará novamente.

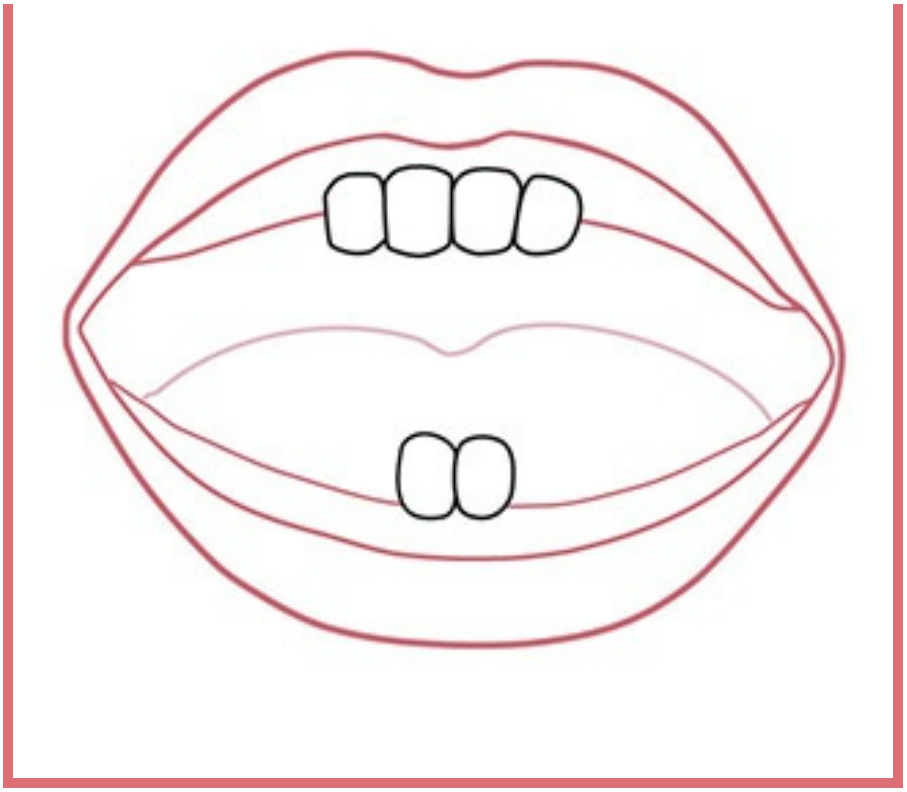
## A DENTIÇÃO

O bebê apresenta em média seis dentes, pois surgem os incisivos laterais superiores.

Eles podem aparecer entre sete e dez meses de vida e são trocados pelos permanentes entre sete e oito anos de idade.

Higiene: a limpeza da boca deve ser feita com gaze ou fralda umedecida com água filtrada e dos dentes com escova extramacia com creme dental sem flúor. Devem ser realizadas no mínimo duas escovações diárias. O ideal é que sejam realizadas após as grandes refeições e antes de dormir.

O fio dental também deverá ser utilizado.



## A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ DO DÉCIMO AO DÉCIMO PRIMEIRO MÊS

Entre o oitavo e o 12º mês, deve-se deixar o bebê usar as próprias mãos para comer, se ele assim desejar, pelo menos para comer purês e massinhas, mesmo que ele os leve às orelhas e aos cabelos. Assim ele poderá comer tudo. Não convém que a mãe queira introduzir as noções de higiene, pois isto poderá perturbar a relação do bebê com a comida e dificultar sua alimentação, reduzindo seu apetite e tirando-lhe o prazer de comer. Deve-se procurar um

espaço próprio para a refeição do bebê e aceitar que ele ficará sujo com os alimentos derramados pela criança durante a refeição. Uma limpeza cuidadosa do local e da cadeira do bebê deve ser feita após cada refeição.

Ele quer comer sozinho e é muito insistente. Pode comer com os dedos, porém na maioria das vezes a mãe terá de terminar a refeição, dando-a com a colher. Se tiver irmãos, gostará de comer com eles e a mesma comida. Às vezes preferirá comer de pé na cadeira por algum tempo; lamberá os lábios quando gostar de um alimento.

A alimentação deverá sempre estar em progressão. A mãe deve periodicamente ir aumentando a consistência da alimentação e dos pedaços de carne oferecidos. Isso será importante para o desenvolvimento da mastigação e dentário. A mãe deve testar este aumento de consistência uma vez por semana.

Nesta fase a criança é curiosa e quando os pais se alimentam fica observando e quer comer do prato deles. Os pais devem oferecer sua comida sempre que isso for solicitado, para que a criança se adapte à alimentação. Claro que devem oferecer em pequenas quantidades, e alimentos com pouca concentração de

sal e pimenta. Alguns pais optam por deixar um pedacinho do seu prato com alguma coisa de que a criança goste, para oferecer a ela quando esta pedir, o que pode ser feito sem problemas.

Pode-se seguir como regra os seguintes conselhos:

**a)** A progressão da modificação da consistência dos alimentos deverá ser aplicada a todos eles (legumes, carne, frutas).

**b)** Toda modificação deverá ser assistida pela mãe.

**c)** Não dê um novo alimento com uma nova colher.

**d)** O novo alimento deverá ser introduzido no horário em que o bebê costuma sentir mais fome e pela manhã.

**e)** A introdução um novo alimento, ou a modificação do seu preparo, deverá ser feita um por vez.

## Os miolos

Como todas as vísceras, eles têm muito mais proteínas do que gordura e são uma excelente fonte de fósforo para o bebê.

O fígado e os miolos deverão ser oferecidos pelo menos uma vez por semana depois do sétimo mês de vida do bebê. Os miolos contêm muito mais água na

sua composição (80%) quando bem cozidos, podendo ser reduzidos a creme e adicionados ao purê de batata ou de cenoura, o que tornará fácil sua mastigação, mesmo para os bebês sem dentes.

### A gelatina

No passado foi considerado como alimento apropriado para bebês, contudo, atualmente não se recomenda por ser extremamente pobre do ponto de vista nutricional.

## SUPLEMENTAÇÃO DIÁRIA DE VITAMINAS

A partir do sexto mês de vida, após ser iniciada a alimentação complementar, deve-se ter início a suplementação de ferro diária. Ela deve ser orientada pelo pediatra e busca prevenir a anemia comum nesta faixa etária. Em prematuros ou crianças amamentadas com fórmulas infantis esta suplementação deve ser iniciada mais precocemente.

A suplementação de ferro nem sempre é fácil de ser realizada, primeiro por seu sabor não ser agradável

e por alguns efeitos colaterais que pode desencadear. Os mais comumente relatados são alteração do hábito intestinal (tanto diarreia quanto constipação) e enjoos acompanhados de vômitos. Quando acontecer qualquer destas alterações o pediatra deve ser consultado para avaliar uma mudança no tratamento.

O ferro deve ser fornecido longe das refeições, pelo menos trinta minutos antes do almoço ou do jantar. Pode ser oferecido com suco, principalmente de frutas cítricas (laranja, limão).

Atualmente, não se faz mais suplementação de vitamina C como antes. Isto porque pesquisas mostraram que e uma alimentação rica em frutas e legumes supre esta necessidade.

## Primeiro regime

### Às 7 horas (desjejum)

180ml de leite de fórmula infantil, ou peito.

### Às 9 horas (colação)

Suco de frutas ou fruta em pedaços.

### Às 11 horas (almoço)

Duas ou três colheres (de sopa) de legumes

picados ou amassados.

Duas ou três colheres (de sopa) de arroz.

Duas ou três colheres (de sopa) de caldo de feijão (pode-se começar a amassar o caroço e oferecê-lo devagar).

Duas ou três colheres (de sopa) de carne cozida e moída (frango, carne vermelha ou peixe) ou ovo. Não colocar sal.

### Às 15 horas (lanche)

Papinha de frutas, frutas picadas, doces caseiros, bolos, pudim, iogurte (de preferência feito em casa), sorvete (de preferência de fruta) e o já tradicional mingau (nos dias mais frios). Nesta fase, as farinhas (mucilon, farinha láctea) já podem ser adicionadas às frutas picadas ou ao mingau. O pediatra precisa ser ouvido. Adicão de farinha aumenta a ingestão de calorias, contribuindo para o ganha excessivo de peso.

### Às 19 horas (jantar)

Semelhante ao almoço.

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA O

# DÉCIMO MÊS


**1)** Os primeiros passos

**2)** A criança que manca

**3)** Pernas tortas (torção da tíbia)

**4)** O bebê pode diminuir de tamanho?

**5)** Balanço

**6)** "Tomar" ou "engolir" o choro


## OS PRIMEIROS PASSOS

O conceito de problemas ortopédicos tem mudado muito nos últimos anos. Sabe-se que a grande maioria das alterações se resolve sozinha sem o uso de sapatos, botas ou palmilhas ortopédicas. Até os dois anos, em geral, nada deve ser feito.

Se a partir desta idade a criança cair muito, apresentar dificuldade para andar ou qualquer alteração, isso deverá ser comunicado ao pediatra e ele a encaminhará a um especialista para exame e

tratamento.

Os sapatos ideais para os primeiros passos do bebê deverão ser confortáveis, macios, flexíveis e leves. Os muito duros e pesados, além de atrapalhar, poderão machucar os pés da criança; andar descalço e na areia, por exemplo, além de confortável, é muito útil para fortalecer o equilíbrio. As meias antiderrapantes também são ótimas para a fase inicial de primeiros passos.

Além do cuidado com os sapatos, também merecem atenção especial os pés e as meias.

## Cuidados com os pés

**a)** Lave-os, diariamente, com sabonete e água morna.

**b)** Enxugue-os bem, sobretudo entre os dedos.

**c)** Corte sempre as unhas, retas e ligeiramente mais compridas do que a carne dos dedos. Evite cantos pontiagudos.

**d)** Verifique a presença de vermelhidão da pele, resultante da pressão de sapatos defeituosos.

**e)** O talco antisséptico não deve ser usado em nenhum momento. O talco é contraindicado para crianças, as partículas vão para o nariz e como o bebê

não tem mecanismo de defesa podem ir para o pulmão, causando pneumonias químicas.

## Cuidados com as meias

**a)** Use meias limpas, diariamente.

**b)** Alguns bebês apresentam alergia às meias de seda ou de náilon (eczema, eritemas). Neste caso, a solução é o uso de meias de algodão. As meias de lã são permitidas para as crianças não alérgicas à lã; para o caso das alérgicas, durante o inverno, deverão ser usadas por cima de uma meia de algodão.

**c)** A meia deverá ser 2cm (aproximadamente) mais comprida do que o pé.

**d)** Deve possuir parte inferior antiderrapante, para facilitar a caminhada do bebê.

## Cuidados com os sapatos

**a)** Deverão ser, no mínimo, um número maior do que o pé (a largura de um dedo da mão de um adulto). A medida deverá ser tomada com a criança de pé, e não sentada.

**b)** Deverão ser um pouco mais altos do que os dedos do pé, para evitar que apertem os dedos quando a criança andar. Nunca faça a criança usar sapatos estreitos, tanto na largura quanto na altura.

**c)** A sola do primeiro sapato não deve ser alta, porque limita os movimentos do tornozelo. Sapatos com salto para criança só de doze e dezoito meses em diante.

**d)** A sola deverá ser flexível e de material áspero, antiderrapante. Sapatos de sola dura nesta idade não permitem flexão do pé, fazendo com que a criança ande aos poucos ou arraste os pés, com as pernas abertas.

## A CRIANÇA QUE MANCA

*Claudicar*, para os médicos, e *mancar,* para os leigos, é uma alteração no modo de andar da criança. Geralmente são os próprios pais que chamam a atenção do pediatra para o fato. Uma criança que sente dor ao caminhar usualmente tem o bom senso de limitar esta atividade. Os pais, ao perceberem que seu filho manca, deverão deixá-lo em repouso, medir

sua temperatura e observá-lo por 24 ou 48 horas, no máximo. Se houver febre, o pediatra deverá ser contactado imediatamente.

As causas poderão ser as mais variadas, desde os simples problemas provocados por sapatos inadequados ou desconfortáveis até condições do sistema nervoso central. As mais frequentes são, sem dúvida, quedas e topadas não observadas pelos responsáveis, provocando a distensão dos ligamentos ao escorregar ou cair. A presença de verrugas na planta do pé ou calosidades não deverá ser esquecida. Problemas ortopédicos, como o genuvalgo e a pronação do pé, quando mais acentuados de um lado do que de outro, poderão estar em jogo. Se houver diferença no comprimento das pernas, mesmo mínima, deverá ser pesquisada, bem como processos inflamatórios, como reumatismo e osteomielite, que causam manifestações clínicas febris e dolorosas, problemas do crescimento dos ossos, especialmente nas extremidades (necrose do ponto de ossificação, revelada facilmente pela radiografia), alterações do sistema nervoso, de caráter crônico ou agudo. Neste capítulo temos de ressaltar a eventualidade de certas viroses que provocam transitoriamente diminuição do tono muscular. As hipotonias musculares, isto é,

músculos enfraquecidos por carência de vitamina B, D, cálcio e uma alimentação pobre em proteínas, carne, leite e ovos, não devem ser esquecidas.

## PERNAS TORTAS (TORÇÃO DA TÍBIA)

Segundo alguns ortopedistas e pediatras, logo que as crianças começam a ficar de pé é comum apresentarem certas posições das pernas que podem impressionar seus pais e parentes. Admite-se, recentemente, que as crianças apresentam um arqueamento exagerado das pernas, para fora, que persiste frequentemente até o segundo ou terceiro ano de vida, sem que isto signifique, contudo, qualquer doença ou consequência de desnutrição. A possível deformação pode aparecer em seguida ao período em que ela começa a andar, e não é devida a raquitismo ou a qualquer doença óssea. Na maioria das vezes a regressão completa e espontânea do defeito poderá ser observada entre o quarto e o quinto ano.

## O BEBÊ PODE "DIMINUIR" DE

## TAMANHO?

Quando for levado ao pediatra, ou dois meses mais tarde, deverá ser novamente medido, e terá a mesma estatura ou estará menor do que aos sete meses. Este surpreendente achado deve-se à posição da coluna vertebral, que tem uma curvatura. O adulto por muito tempo cresce 2,5cm a mais do que tinha anteriormente, devido ao "esticamento" da coluna vertebral.

## O BALANÇO

O balanço para quarto ou quintal é utilizado por alguns pais. É um brinquedo desnecessário. Há dois modelos: um fixo, com armação de ferro própria, apoiado no chão; outro, ajustável nas portas ou móveis, e que se não for bem colocado poderá cair.

### Considerações

**a)** É usado como diversão ou como calmante, pelo

balanço do corpo.

**b)** Necessita de constante vigilância. Crianças maiores querem sair dele após alguns minutos.

**c)** Deverá ser forte e bem armado, para não fechar e machucar a criança.

**d)** Sempre faz barulho, que pode incomodar a criança e até excitá-la.

**e)** Deverá ter assento e encosto acolchoado, firme.

**f)** O espaço para as pernas deverá ter a mesma altura do assento, para não prejudicar a circulação.

**g)** Deverá ter estabilidade com as bases fortes e bem separadas.

## A DISCIPLINA

Não abuse da palavra "não". O desejo do bebê é o de explorar tudo. Às vezes, impossível de ser satisfeito, distraí-lo pode ser a maneira mais eficaz de lidar com um comportamento não desejável. Deve-se procurar alguma coisa que possa mantê-lo interessado. A disciplina deve ser imediata, e não minutos depois. A mãe não deve se esquecer de que as necessidades de

atenção e afeto são tão verdadeiras quanto as necessidades de comida e fraldas limpas. Os irmãos mais velhos, antes dos seis aos dez anos, podem ser um perigo.

*Crianças não devem frequentar piscinas sem supervisão*

*integral de um adulto responsável.*

## O CASTIGO

Castigar às vezes faz parte da disciplina que deve ser iniciada desde o primeiro ano de vida. A disciplina tem de ser imediata, quando o bebê se mete em encrencas, e não dois ou três minutos mais tarde, pois então ele não entenderá a razão da reprimenda. O objetivo principal da disciplina é o de ensinar à criança os seus limites, deixá-la saber o que está fazendo de errado, dizendo "não" ou fazendo "cara feia". Ela precisa compreender desde cedo que a palavra final deve ser dada pela mãe, de maneira consistente e não de acordo com o seu humor. Nunca bata na criança. As crianças que aprenderam muito cedo não aprendem melhor; pelo contrário, pressões psicológicas e emocionais podem até ser negativas.

## O CURSO DE NATAÇÃO

Ultimamente tem sido despertado o interesse no exercício da natação para bebês. Entretanto, as crianças só apresentam completa autonomia, executando os movimentos característicos da natação, por volta dos dezoito meses, quando chegam até a nadar sozinhas. Atualmente a natação está indicada a partir dos seis meses em locais exclusivos para bebês, com instrutores especializados e com o acompanhamento direto dos pais.

# PISCINA INFLÁVEL

Deverá ser esvaziada e guardada depois de usada. Se a piscina tiver capa protetora, deverá ser removida completamente antes de a criança entrar. Nunca permita que ela ande por cima desta capa protetora.

# Capítulo 21

# O décimo primeiro mês

# O décimo primeiro mês

*O comportamento social e pessoal da criança, aos onze meses, demonstra formação da personalidade mais desenvolvida.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 9.650g | 9.400g |
| **Estatura** | 73cm | 72cm |
| **Perímetro cefálico** | 46cm | 45cm |
| **Perímetro torácico** | 46cm | 46cm |
| **Ganho de peso mensal** | 300g | 300g |

O bebê já percebeu como é bom ficar de pé, e gosta tanto que se recusa a sentar. Levanta-se sozinho, ficando primeiramente de quatro, com as mãos e os pés no chão. Ele quer ficar de pé na cadeira, na banheira, no meio do quarto, no carrinho, o que é um grande perigo; precisa ser constantemente vigiado. Porém, é engatinhando que ele quer se deslocar por todo o quarto, a sala e a cozinha; subir escadas será sua próxima conquista. Mas tudo está certo, porque os bebês muito quietos, considerados

“moles”, de articulações (juntas) frouxas, têm de ser estimulados para desenvolver sua musculatura — na praia, em banhos de sol e outros exercícios.

São muitas as suas habilidades motoras. Em primeiro lugar, a mãe deve saber que os bebês são diferentes uns dos outros. Aos onze meses alguns não ficam de pé, enquanto outros já andam sozinhos. As mães não devem se preocupar, basta consultar o pediatra. Apesar de todas as suas atividades e inteligência, aumenta muito a dependência da mãe, e o bebê vive se intrometendo e atrapalhando as tarefas dela. É muito entusiasmado pelos irmãos. Já consegue ver os pássaros a distância. Olha as figuras de uma revista com interesse, virando as páginas, muitas ao mesmo tempo. O espelho é um grande divertimento para ele, que reconhece a sua imagem e a dos pais. Quando coloca um brinquedo diante do espelho, ao apanhá-lo, dirige-se ao seu reflexo e percebe seu erro, se divertindo. Rabisca com o lápis, sacode o chocalho e já sabe tirar as meias e desamarrar os sapatos. A audição está melhorando, ele reconhece palavras para os objetos, como avião, automóvel, cachorro, imitando os seus sons.

## A LINGUAGEM

Usa mais ou menos cinco palavras. Fala enrolado, alguns sons são ininteligíveis. Repete as mesmas palavras por longo tempo: "mamã", "papá" e outras.

## A EDUCAÇÃO

O melhor caminho para ensinar é ter um bom e alegre relacionamento com seu filho. Treinos cansativos, disciplina rígida e atitudes severas não são meios convenientes. Aos onze meses deverão ser evitados castigos físicos (palmadas) ou ordens de cara fechada para travessuras inocentes. O melhor é dar liberdade e deixar o bebê andar pela casa, protegido, naturalmente. A obediência do bebê está condicionada à sensibilidade de sua mãe em perceber e aceitar suas limitações e suas inclinações.

Nada pior para o bebê do que ter uma mãe neurótica ou que não percebe nada; a mãe insensível age de acordo com os seus desejos e humor, impondo ao filho seus métodos de modo violento ou irritando-o. A mãe tolerante aceita coisas que outras

acham incríveis e vai levando o seu filhinho sem restrições contínuas, perdoando suas travessuras ingênuas. Essas crianças comem melhor, são mais alegres e mais tarde serão mais amigas de suas mães.

Naturalmente o nível de inteligência e o estado emocional materno são decisivos para a educação. Os bebês entendem o que significa a palavra "não"; entendem ordens não somente pelas palavras, mas também pelos gestos e pela expressão facial da mãe. Eles são espertos, aprendem a testar o "não" materno e até onde vai o limite da tolerância. Alguns já bem sabidos tentam enganar a mãe, fazendo o proibido escondido, mas, se percebem que a mãe está atenta, sorriem, disfarçam e partem para outra. Começa o "acesso de raiva" se ele percebeu o poder que tal gesto lhe dá para vencer os outros. O melhor nesta idade é não castigar, bater ou gritar; deixe-o se debater até se cansar e não obter o desejo inconvenientemente.

A imitação continua sendo o grande fator na educação. Eles aprendem o que os pais e adultos fazem na frente deles durante o primeiro ano de vida.

## Ao onze meses, a mãe já saberá muito sobre seu filho

**a)** Do que gosta de comer.

**b)** O que pode fazer.

**c)** Se é tímido ou atrevido.

**d)** Se aprecia música.

**e)** Se é emotivo.

**f)** Se começa a mostrar a personalidade.

**g)** Se tem sono fácil.

**h)** Se tem tendência a vômitos, diarreia ou prisão de ventre.

**i)** Se fica excitado quando recebe visitas.

**j)** Se tem tendência a se resfriar constantemente.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

O bebê se senta para apanhar uma bola. Dá alguns passos, levado pela mão.

### Comportamento emocional

Manifesta sinais de irritação (fica rabugento). Exprime alegria. Nota outras crianças e se aproxima.

## Capacidade de adaptação

Entende palavras repetidas. Obedece a algumas ordens.

## Progresso da linguagem

Imita o que ouve e exprime algumas palavras de acordo com o seu desejo ("papá", "mamã" e "dá"). Tem noção de tempo e espaço, compreendendo expressões como "onde?" e "aqui", voltando o olhar para o lugar apontado.

## Comportamento pessoal e social

Segura o copo para beber. Puxa os adultos para brincar.

Foto: Image Source/Folhapress

## Brinquedos (seu interesse e preferências)

Deve-se preferir os brinquedos que estimulem o espírito de grupo, a cooperação e a construtividade. Em lugar de brinquedos prontos, compre para o bebê brinquedos que possam ser montados, como

grandes cubos de encaixar.

Nos seis primeiros meses, a apreensão dos objetos é totalmente palmar; de nove a doze meses ele já agarra os objetos, opondo o polegar aos outros dedos.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

O bebê procurará se sentar para apanhar um objeto. Uma pessoa mostra um brinquedo ao bebê quando ele está deitado, mantendo-o fora do alcance de suas mãos. Ele deverá se sentar para apanhá-lo.

### Segunda prova

O bebê deverá conseguir se sentar com simples ajuda. Ele procurará se sentar, apoiando-se nas grades da cama ou do cercadinho, o que fará facilmente, com simples ajuda do adulto.

### Terceira prova

Manifestar surpresa: se uma pessoa, por trás do bebê, fizer um ruído com um apito ou der um grito, o bebê deverá se voltar repentinamente, olhando surpreso.

### Quarta prova

Teste de memória: deve ser mostrada ao bebê uma caixa contendo uma bola, deixando-se que ele brinque com ela por alguns minutos. Em seguida, leve a bola e a caixa; depois, ao voltar um minuto com a caixa sem a bola, ele, não a encontrando, deverá olhar surpreso para a pessoa, como se estivesse indagando sobre o seu desaparecimento.

### Quinta prova

O bebê toca uma sineta, por imitação. Uma pessoa toca várias vezes uma sineta na frente do bebê, dando-a em seguida a ele, que deverá tocá-la, fazendo os mesmos movimentos.

## A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ AO DÉCIMO

# PRIMEIRO E DÉCIMO SEGUNDO MESES

A alimentação pode deixar muito a desejar: o bebê poderá levar à boca a colher com a comida e com ambas as mãos poderá segurar um copo; porém, geralmente com uma das mãos pega a comida e com a outra brinca com a colher.

*O bebê já consegue comer sozinho.*

Antes de terminar o primeiro ano de vida, já no 11º mês, alguns conselhos podem ser dados para a alimentação do bebê:

**a)** O bebê poderá começar a querer mastigar, porém

é necessário agir progressivamente; em lugar de oferecer um purê de batata, é preferível amassá-la na sua frente, com o garfo, e finalmente oferecê-lo, ou então a batata em pedaços pequenos. Experimente dar a ele um pedacinho de banana, de queijo ou de carne; é aconselhável para treinar a mastigação.

**b)** Dedique tempo suficiente às refeições (a mãe ou a babá não deve se mostrar apressada ou inquieta). O bebê deverá, sempre que possível, aprender a comer tudo.

## Bebês "amarelos"

Alguns bebês, por excesso de alimentos vermelhos e amarelos (cenoura, abóbora, tomate e beterraba), apresentam, nesta época ou mais tarde, uma tonalidade amarelada nas asas do nariz, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Não confunda isto com icterícia, pois o globo ocular continua claro e a urina não escurece. A supressão de alimentos vermelhos da dieta é o suficiente para fazer desaparecer, dentro de alguns meses, a tonalidade amarelada. A causa reside na impregnação da pele pelo pigmento amarelo (caroteno) dos alimentos descritos, sendo algo comum e normal.

## As vitaminas

O hábito de oferecer à criança um suco ou vitamina entre a refeição da manhã e o almoço é comum a quase todas as mães. Seu preparo consiste em misturar frutas cruas, raladas e espremidas, e tomate, na quantidade de 50g até 200g.

É mais indicado oferecer a vitamina feita com um só alimento e observar a tolerância, nunca misturá-lo a outros alimentos logo inicialmente. Às vezes é mais bem tolerada quando oferecida no final das refeições, e não nos intervalos, quando o estômago da criança está vazio.

# O SORVETE

O sorvete é a alegria da refeição de muitos bebês: é o alimento na forma de massa, em pequeníssimos cristais de gelo.

Há três tipos de sorvete, de modo geral: os de frutas, o de creme e o de chocolate. Para a criança, os de frutas têm de ser feitos com frutas frescas, sem substâncias químicas que deem sabor e coloração de

fruta. O de creme tem de ser feito em casa, ou em fábrica de alta reputação; no caso de o creme ser de má qualidade, o frio detém o processo de deterioração, mas não o interrompe, de modo que, uma vez no estômago da criança, o processo de deterioração continua logo que o sorvete recebe o calor do corpo (36ºC, 37ºC). Isto explica as intoxicações alimentares das crianças com sorvetes no verão. O de chocolate deve ser preparado unicamente com chocolate com baixo teor de gordura e leite, sem qualquer outro ingrediente, e não deve ser dado a crianças alérgicas e nem antes de a criança completar 18 meses de idade.

O sorvete deve ser comido devagar e em pequena quantidade; a colher chata já é um dispositivo para esta finalidade; se for em concha a criança tomará grande quantidade, o que será prejudicial para a digestão.

A natureza protege a pessoa; assim, quando ela toma sorvete depressa ou em grande quantidade, a ação do frio provoca uma constrição (estreitamento) dos vasos sanguíneos da face e do crânio, dando aquela sensação penosa, quase dolorosa, desagradável, que todos conhecem quando tomam sorvete em grande quantidade e depressa.

Os de frutas ou de creme, de boa qualidade, podem ser dados à criança, desde que ela goste, ao terminar o primeiro ano, porém o de chocolate só depois de dezoito meses. É preferível oferecer, como lanche da tarde, principalmente o de creme, que é bastante nutritivo. É o mesmo que dar creme de leite concentrado à criança, adicionado ou não com frutas. A suposição de que o sorvete pode causar resfriado ou amigdalite não é verdadeira.

## VALE A PENA O BEBÊ TER ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO?

Os animais proporcionam alegria, prazer e companhia aos seus donos. Mas, infelizmente, possuem um potencial de ameaça às crianças, mordendo ou arranhando, e são fonte de alergias, podendo lhes transmitir infecções. A doença transmitida pelo animal ao homem se denomina *zoonose*. Porém, sabe-se que o contato da criança com um bicho de estimação, principalmente cachorros, é excelente para sua afetividade, sendo de grande valia para o crescimento e a formação do caráter da criança.

Os pais devem tomar decisão de ter ou não animais em casa, principalmente pais de crianças alérgicas, levando em consideração os prós e contras do animal de estimação em casa.

## Cães

De todos os animais, são geralmente os preferidos; entretanto, se o animal estiver doente, deverá ser afastado do bebê, e é fácil reconhecer se ele não está bem: alguns apresentam diarreia, tosse, perda de peso e de pelos, lesões na pele, corrimento no nariz ou nos olhos, gengivas pálidas e olhos secos e tristes.

*As crianças, desde cedo, têm fascinação pelos bichos. Porém, não é aconselhável tê-los no quarto ou em contato com o bebê até dois anos.*

Os pais devem saber que ter um animal em casa dá trabalho; devem manter a dieta do animal bem balanceada, dar-lhes água filtrada para beber, levá-los para passeios, afastá-los de outros cachorros doentes e manter a vacinação em dia, sem esquecer o banho. Às vezes, por causa do tempo e de displicência, esses cuidados não são atendidos. A mordida de um cachorro pode transmitir tétano, infecções purulentas e, especialmente, a raiva. O que deverá ser feito logo após uma mordida ou arranhão é lavar vigorosamente

a ferida com água morna e sabão, aplicar um antisséptico e comunicar ao médico. O verme do cachorro é o *Toxocara canis* (helminto), cujo ovo, eliminado pelas fezes, produz uma larva que ataca a pele das crianças, acarretando uma dermatite. Geralmente as crianças que brincam com terra ou areia, descalças, sobretudo sem calça, são as mais sujeitas a esta infestação.

Algumas doenças graves do cachorro não atacam o homem, como a hepatite canina infecciosa. Parasitos externos, carrapatos, piolhos e pulgas são os mais frequentes, tanto no cachorro como no gato, e suas picadas podem dar coceira e infecção posterior, ou crise de urticária ou estrófulo. A sarna do cachorro pode atacar a criança e o tratamento é o mesmo da sarna comum.

## Gatos

Podem transmitir várias doenças, algumas delas graves, como a larva *migrans* visceral, que resulta da ingestão de ovos de lombriga do cachorro e do gato (*Toxocara canis* e *cati*). Cachorrinhos e gatinhos devem ser acompanhados e tratados por veterinários. As vacinas dos animais de estimação devem estar em

dia.

A larva *migrans* cutânea é a infecção da pele provocada por um parasito de cães e gatos (*Ancylostoma braziliense*). O tratamento é simples, com aplicação de pomada de tiabendazol durante uma semana. Os cães e gatos parasitados devem ser tratados com vermífugo. O gato é o principal transmissor da toxoplasmose, para o homem e para outros animais. As gestantes devem evitar contato com gatos, pois a toxoplasmose, durante a gravidez, pode provocar doença grave no feto. A toxoplasmose também pode ser adquirida pela ingestão de carne crua ou mal cozida. Cuidado com rosbifes, bolinhos de carne, hambúrgueres!

## Hamsters

Também *hamsters*, porquinhos da índia ou ratinhos brancos de laboratório podem transmitir doença grave, a coriomeningite linfocitária.

## Aves

Em especial as denominadas psitacídeos, isto é,

papagaios e periquitos, podem transmitir a psitacose. Hoje se sabe que qualquer ave pode transmitir esta doença, mais de cem espécies de passarinhos, pombos, perus, pavões, patos e gansos. Desta forma, o nome mais adequado para esta doença é ornitose (aves). Ela é adquirida pela inalação das fezes secas das aves, que ficam em suspensão no ar, levando o homem a uma pneumonia.

Micoses e sarna podem ser transmitidas dos animais ao homem.

Tartaruguinhas podem transmitir a salmonelose, que é uma infecção intestinal grave.

De modo geral, manter animais em casa e, sobretudo, no quarto do bebê é absolutamente contraindicado. Os únicos animais seguros para se ter dentro de casa são os peixinhos de aquário.

## Alergia respiratória

Famílias sabidamente alérgicas devem evitar que seus filhos, como eles mesmos, entrem em contato com os pelos dos animais domésticos, que podem causar alergia respiratória.

# O PERIGO DOS ANIMAIS

Há sempre o risco de os bebês serem mordidos ou arranhados pelo próprio animal doméstico da família. Antes de adquirir um animal para fazer companhia ou alegrar seu filho, convém esperar que a criança esteja mais crescida, entre os cinco e os seis anos. Nunca deixe uma criança se aproximar de um cachorro de qualquer raça preso em coleira curta. Eles costumam ser ansiosos e agressivos. Animais mais velhos são mais aconselháveis que os filhotes. Podem morder simplesmente por brincadeira.

A vacinação dos animais não deve ser esquecida.

As crianças só devem entrar em contato com animais já corretamente vacinados.

# Capítulo 22

# O primeiro ano

*Com auxílio, o bebê começa a dar os primeiros passos.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 9.800g a 10.300g | 9.600g a 10.110g |
| **Estatura** | 75cm | 72cm |
| **Perímetro cefálico** | 46,5cm | 45,5cm |
| **Perímetro torácico** | 47,5cm | 46,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 300g | 300g |

Aos doze meses de vida o bebê gosta de ter companhia para poder se exibir. O início do segundo ano é fundamental para a educação. O bebê aprende mais do que cresce ou engorda. No primeiro ano de vida o bebê é lactente, o leite materno ou artificial, a mamadeira e as papinhas prevalecem na alimentação. O principal objetivo do bebê é crescer e engordar.

Nos Estados Unidos denominam a criança de um ou dois anos de *toddler*, que quer dizer "hesitante",

porque ela está aprendendo e vacila para andar, comer, brincar etc. Acreditamos que a expressão "bebê aprendiz" traduz a característica principal neste período de vida.

## O BEBÊ, ENTRE UM E DOIS ANOS DE IDADE, É UMA CRIATURINHA DIFÍCIL

### Do que ele gosta e do que não gosta

**a)** O bebê não gosta de estranhos, nem de se separar da mãe, e reage com violência à separação.

**b)** Não gosta de lugares estranhos.

**c)** Prefere uma pessoa a outra.

**d)** Pode aceitar a presença de um adulto estranho ou criança em casa ou no parque.

**e)** Mostra afeição por pessoas, brinquedos e roupas.

**f)** Expressa emoções e reconhece a dos outros.

**g)** Quando a mãe se ausenta, ao voltar pode encontrá-lo diferente (ou está quieto ou então agressivo): é a "vingança" por tê-lo deixado.

**h)** Estranha o que é novo ou o que faz muito barulho (aspirador de pó e liquidificador).

**i)** Não olha para os outros bebês, mas se interessa pelos brinquedos deles.

**j)** Não gosta que o façam esperar pela refeição.

**k)** Não gosta que mudem seus hábitos.

**l)** Não gosta que o deixem com estranhos. Isto pode levá-lo até mesmo ao pânico.

**m)** Não gosta que sua mãe o deixe por mais de cinco minutos sozinho com seu prato de comida.

**n)** Não gosta que um estranho o pegue no colo.

*Ao completar o primeiro ano de vida, o bebê está pronto para a vida, decidido a andar, a explorar o ambiente, os objetos e as pessoas.*

A criança começa a mostrar sua personalidade; umas são mais risonhas, outras, mais sérias. Umas se adaptam muito bem a adultos estranhos, outras querem apenas mãe e pai. Os pais devem reconhecer

a personalidade de seus filhos e iniciar já nesta época o processo de educação infantil, não incentivando o medo e sim mostrando tranquilidade em cada momento de apreensão do bebê.

Ao completar o primeiro ano de vida, o bebê está pronto para realmente fazer seu papel no mundo, decidido a andar, explorar o ambiente, as coisas e as pessoas.

Sua linguagem se aperfeiçoa; ele diz, em média, oito palavras (aliás, repete palavras), produz sons específicos na linguagem dos pais (quer gaguejar certas frases), imita sons, sobretudo o latido do cachorro.

Andar é uma tarefa muito importante para ele. Seguro debaixo dos braços, pode dar uns quinze passos. Mais tarde aprenderá a parar sozinho; por enquanto precisará ser segurado pelas mãos. É um espanto como ele nunca se cansa! À medida que melhora o andar, ele vai começando a baixar os braços, pois já controla melhor a musculatura do tronco. Não sabe andar para trás, mas engatinhar, sim.

O sono é de muita importância, e a melhor maneira de induzi-lo é com o sossego e o silêncio depois da última mamada; pode-se ficar ninando,

cantando baixinho, mesmo ao colo. Pode levar de quinze minutos a uma hora, mas é o melhor modo de fazê-lo relaxar e dormir bem.

Ele tem facilidade para nadar, segurando o peito e mantendo a cabeça fora da água. Ele apresenta reflexo, habilidade excelente para a natação, detalhe este aproveitado para fazê-lo aprender desde cedo, o que ele aceitará se for treinado por pessoa conhecida, pelo pai ou pela mãe. Sentirá medo apenas por volta dos dois ou três anos.

## A EDUCAÇÃO

Nesta idade o bebê gosta mesmo é de andar e de se mexer. Suas habilidades deverão ser encorajadas; deixe-o mexer nas coisas e nos brinquedos que puder. Repreensões repetidas e constantes por uma mãe nervosa dificultarão sua aprendizagem.

Quando os bebês reagem a processos educacionais chorando, com mais de dois acessos de raiva no mesmo dia, batendo com a cabeça, atirando-se no chão e dando pontapés, alguma coisa está errada com o modo de educá-lo. Em primeiro lugar os pais

deverão refletir com cuidado sobre as razões por que ele teve este acesso, e analisar se esse comportamento poderia ter sido evitado se tivessem agido de outro modo. Geralmente a causa está em problemas de disciplina, com alimentos, brinquedos, frustrações e ausência dos pais.

## Alguns hábitos devem ser ensinados

**a)** Guarde sistematicamente os brinquedos no mesmo lugar na hora que ele se deitar.

**b)** Deixe que ele procure desembrulhar um presente recebido até onde ele puder; é um estímulo que não deve ser tirado da criança.

**c)** Achar um brinquedo escondido é um exercício.

**d)** Procurar um brinquedo em mais de um lugar é outro exercício.

**e)** Separe blocos de armar em cores e tamanhos diferentes, estimulando a atenção dele.

# FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

## Evolução motora

O bebê pode ensaiar os primeiros passos sozinho. Deverá fica de pé, amparado, mostrando preferência por uma das mãos para pegar objetos.

## Comportamento emocional

Geralmente fica encabulado na presença de estranhos.

## Capacidade de adaptação

Coloca objetos dentro de caixas. Procura encaixar dois cubos.

## Progresso da linguagem

Articula pelo menos quatro palavras. Compreende, respondendo uma ordem (me dá isso!). Aprendeu a usar duas ou três combinações de sons para obter comida e brinquedos. Naturalmente esta habilidade é ensinada pela pessoa que cuida dele. Neste período é uma grande alegria brincar com os ruídos vocais, e ele

os fica emitindo durante minutos seguidos só para se divertir.

## Comportamento pessoal e social

Coopera quando o vestem. Segura o copo para beber. Em alguns casos, tenta usar a colher.

## Brinquedos (seu interesse e preferência: tambor, blocos de armar)

Há dois tipos de brinquedos: aqueles com que a criança pode fazer alguma coisa e aqueles que ela somente pode olhar. Destes, ela cedo se aborrece. Blocos de madeira, coloridos, com números, letras, figuras, devem ser grandes e leves, e até os pais podem fazê-los em casa.

Com um ano, o bebê gosta de atirar objetos no chão, de propósito. É uma nova habilidade que ele descobriu, e se a mãe os apanhar e devolver, ele pensará que é uma brincadeira, e ficará, indefinidamente, jogando-os no chão. Se não for possível amarrar o objeto para que possa puxá-lo de volta, o melhor é colocar o bebê no chão. Segundo

alguns psicólogos, a volta do brinquedo, após ser lançado repetidas vezes, dá segurança ao bebê de que as coisas e pessoas que vão, voltam, principalmente os pais.

Durante o ato de mudar de roupa, o que geralmente as crianças detestam, é útil ocupá-las com um brinquedo e nunca distraí-las com biscoitos ou balas.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

O bebê examina cuidadosamente duas caixas. Com elas nas mãos, ele as examina atentamente, colocando-as, às vezes, uma dentro da outra.

### Segunda prova

Abre uma caixa. Colocada uma caixa fechada diante do bebê, ele deverá abri-la de qualquer maneira.

## Terceira prova

Apanhar um objeto por meio de um artifício. Colocada fora do alcance do bebê uma campainha, presa por um barbante, cuja ponta livre deverá estar ao seu alcance, ele deverá puxar o barbante, a fim de fazer a campainha tocar e apanhá-la.

## Quarta prova

Examinar os objetos. Uma pessoa toca a campainha e, em seguida, a entrega ao bebê, que logo deverá examiná-la, procurando e segurando o badalo, indagando o que realmente faz o ruído.

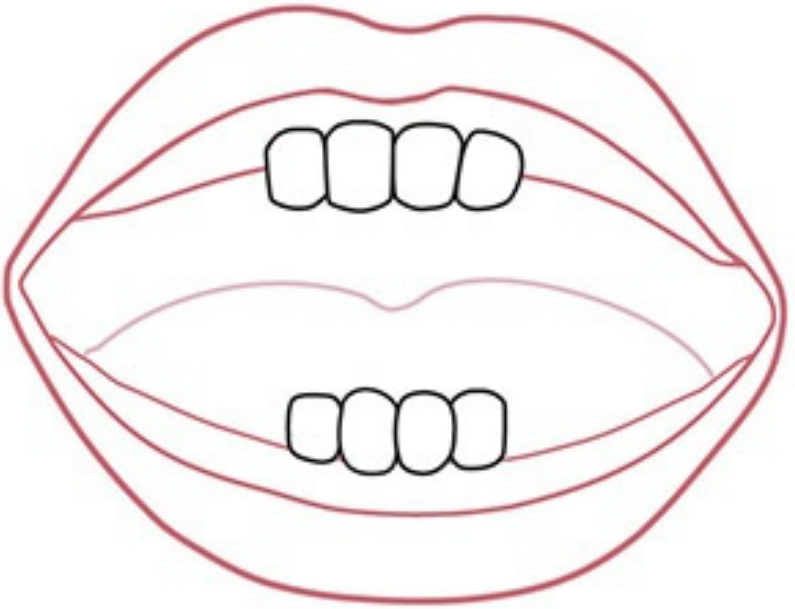
### A DENTIÇÃO

Por volta de um ano de idade o bebê apresenta oito dentes (os centrais superiores e inferiores e os laterais superiores e inferiores).

Os incisivos laterais poderão nascer entre oito e doze meses de idade e cairão entre sete e oito anos.

Higiene: a limpeza pode ser efetuada com escova dental macia pequena ou "adaptada" à boca do bebê. Deverá ser realizada no mínimo duas vezes ao dia, utilizando também o fio dental.

Deve-se usar creme dental sem flúor.



## Quinta prova

Apanhar um brinquedo superando obstáculos.

Mostre-lhe uma bola, colocando-a ao seu alcance; assim que ele fizer um movimento para apanhá-la, coloque na sua frente um papelão grande, visando escondê-la. Ele deverá contornar o papelão e apanhar a bola.

## A ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO

A criança poderá brincar com a comida, nesta fase, para chatear a mãe — às vezes só aceita três refeições por dia. Quando são quatro ou cinco refeições, ela recusa totalmente uma delas. Nega-se a comer novos alimentos, poderá rejeitar a comida dada pela mãe. Poderá insistir em comer somente três ou quatro alimentos favoritos. Algumas crianças insistem em se alimentar apenas com leite, rejeitando o prato ou o copo. Se quiser que a mãe lhe dê o alimento com a colher, ela deverá fazê-lo. Se a criança quiser segurar a própria mamadeira, a mãe deverá permitir; o importante é que ela coma.

Ao completar doze meses, o bebê terá um regime alimentar bem variado. Daremos uma série de regimes para os dias da semana, bem dosados e de

sabor variado. Os temperos poderão ser pouco ou nenhum sal, cebola, tomate, um pouco de alho, cebolinha, cheiro-verde. Não refogue a comida sistematicamente. A gordura animal, banha de porco e toucinho não deverão ser usados. Manteiga, em pouca quantidade, poderá ser tolerada por algumas crianças.

Ao terminar o primeiro ano de vida, nos Estados Unidos, a criança come os mesmos alimentos que a sua família, sem o trabalho de preparo do alimento do filho separado do dos pais. Convém salientar que nos Estados Unidos os adultos usam, geralmente, menos tempero do que no Brasil.

O liquidificador não deverá ser mais usado para preparar alimentos para o almoço e o jantar. A carne moída deverá ficar granulosa; legumes, massas e cereais, picados; suco de frutas, dado no copinho; o mingau da tarde, servido com a colher. A mamadeira só deverá ser oferecida, à noite, para as crianças que a tomam quase dormindo. O peito é uma fonte nutricional de qualidade.

Não esqueça de fazer a higiene oral, escovar os dentes e passar o fio dental após as refeições, principamente da última refeição do dia.

O leite é o alimento de maior valor para o

desenvolvimento e crescimento da criança. Do primeiro aos dois anos a criança deverá tomar o leite materno ou no mínimo dois a três copos de leite por dia, isto é, de 500ml a 600ml, porque o cálcio mais bem assimilado é o do leite; o cálcio de medicamentos não é assimilado como o do leite de vaca ou do leite materno. Se a criança tiver intolerância ao leite, poderão ser dados seus derivados, como iogurte, doce de leite, sorvete de creme, creme de leite ou mesmo pudins à base de leite como sobremesa. Esses derivados do leite poderão ser oferecidos com frutas. Deve-se lembrar que o leite não deve ser oferecido muito próximo à papa de legumes pois o cálcio diminui a absorção de ferro, devendo ser oferecido pelo menos trinta minutos após o almoço ou jantar.

No decorrer da infância, no primeiro ano de vida, o bebê vai experimentando os quatro sabores fundamentais: doce, ácido, salgado e amargo. O doce, através do leite materno e do leite de vaca; o ácido, através dos sucos de frutas; o salgado por ocasião da sua adição à sopa de legumes, e o amargo por ocasião da adição à mesma sopa de algumas verduras e legumes que possam ter sabor mais amargo.

É muito importante que a mãe observe a tendência

do paladar do seu bebê, para escolher o alimento e o modo de prepará-lo que estimularão o apetite dele.

Uma vez que o seu bebê já se alimenta sozinho por algum tempo, é hora de treiná-lo a beber em copo de plástico. Atualmente existem copos que auxiliam nesta transição, copos com bicos diferenciados ou com canudos. A mãe deve fazer a transição da mamadeira para estes copos e posteriomente para o copo tradicional, respeitando os limites da criança (cada criança tem seu tempo de transição).

## DICAS PARA MELHORAR O APETITE DAS CRIANÇAS

- Transforme o momento da refeição num momento agradável, de confraternização com a família. Evite falar com outras pessoas sobre assuntos que possam desencadear discussões.

- Arrume o prato da criança de forma atraente, com alimentos bem coloridos, combinando as cores.

- Não faça chantagens para a criança se alimentar.

- Respeite os gostos da criança, oferecendo-lhe alimentos que ela goste, evitando forçar aqueles que a repugnam só de olhar. Transforme os alimento de que ela não gosta em algo atrativo, apresentado junto com alguma coisa de que ela goste.

- Quando introduzir um novo alimento, ofereça-o unicamente, para que a criança possa sentir sua textura e sabor. Se houver recusa, não force, tente num outro dia pelo menos dez vezes antes de concluir que a criança não gosta.

- Retire o prato, sem comentários, aos primeiros sinais de que a criança não quer mais comer. Não insista muito.

- Agora, é dar tempo ao tempo. Quando menos se esperar, a situação poderá se

inverter, e não haverá comida que chegue para matar a fome da danadinha...

- Muitas mães dão de comer à sua criança diante da televisão para melhorar seu apetite. Alguns estudos mostram que isso parece não ser recomendado porque a criança não presta atenção na alimentação. Porém algumas mães são taxativas ao demostrar que esta é a unica forma de alimentar seus bebês. O ideal é que os pais tentem não criar esta rotina de alimentação com a televisão.

## OS TEMPEROS (CONDIMENTOS)

Toda mãe deverá procurar "caprichar" na aparência e no gosto da comida do seu bebê, e os temperos ajudam. Denomina-se condimento ou tempero aquela(s) substância(s) cuja função principal é a de

conferir aos alimentos um sabor particular e definido, geralmente intenso, que impressiona tanto o paladar quanto o olfato. Geralmente os médicos e as mães têm medo dos temperos, porque lhes parecem irritantes ou nocivos. Na realidade o problema é de hábito e de quantidade. Entretanto, algumas crianças apreciam melhor a comida ligeiramente temperada. Não convém habituá-las desde cedo a temperos fortes, porque elas poderão mais tarde repelir os alimentos sem gosto. Dos temperos oferecidos à criança temos a cebola, que é um alimento que contém 10% de proteínas e quantidade apreciável de sais minerais; entretanto, na quantidade que é usada, somente é aproveitado seu efeito de tempero.

O alho, assim como a cebola, tem odor típico, produzido por um ácido volátil, sendo rico em proteínas e sais minerais; porém, como a cebola, em pequena quantidade funciona apenas o seu valor de condimento. Seu gosto fica por muito tempo na boca, o que condiciona seu emprego em quantidade pequena, sobretudo em relação à quantidade de comida. Outro tempero aceito pelas mães é a canela, talvez por sua suavidade; é uma especiaria bastante aromática, e pode ser usada em alimentos para a criança no primeiro ano de vida. Outro, a baunilha,

também usada como aromatizante de cremes, chocolate, biscoitos e os clássicos pudins e doces, poderá ser dado à criança sem perigo algum desde o primeiro ano de vida. Outros temperos, como o açafrão e a mostarda, não são convenientes para a criança.

## A MAMADEIRA DA NOITE

### Não esquecer de fazer a higiene oral após, inclusive escovando os dentes e utilizando fio dental

A questão da última refeição às nove ou dez horas da noite, constando de leite puro, proibida por muitos médicos, merece explicação especial. Ao completar um ano de vida, se o bebê gosta e até exige, não há, absolutamente, inconveniente em dá-la. Acreditamos que até lhe fará muito bem, porque completa, às vezes, o regime diário, quando, acidentalmente, o bebê se alimenta insuficientemente em alguma das refeições do dia. Assim, a refeição da noite será facultativa, não obrigatória como as outras, devendo,

porém, ser sempre oferecida nos dias em que há no regime uma única refeição de leite.

É importante ressaltar que estudos realizados por Robin e Naylor (1963) e Walter et al (1987) demonstraram haver relação entre o aparecimento de cárie "tipo de mamadeira" e o fato de a criança dormir mamando. O conteúdo da mamadeira pode ser fórmulas infantis, sucos de frutas ou leite materno. Ao pegar no sono, os movimentos musculares de sucção cessam, e o último gole de leite fica retido e estagnado na boca do bebê, permanecendo em contato direto com as superfícies dentárias. O fluxo salivar também diminui, propiciando a descalcificação do esmalte dentário, que passa a ter um aspecto opaco, tendo início a cárie.

O leite deve ser mudado gradativamente para o leite de vaca, mas não antes dos dois anos de idade. Devem ser oferecidos inicialmente alimentos derivados do leite antes do leite *in natura*. A mãe, na mamadeira, ainda deve oferecer fórmulas infantis como o Nan Comfort 3 e o Aptamil 3. Essas fórmulas são fabricadas com objetivo exato de fazer a transição para o leite *in natura* e têm ainda uma quantidade mais adequada de nutrientes do que o leite *in natura*. Até os dois anos o ideal é que o leite

materno ou a fórmula infantil sejam usados.

## SEU FILHO SE ALIMENTA SATISFATORIAMENTE?

Considerando a dificuldade da mãe em calcular se a quantidade de alimentos que o seu filho ingere é ou não suficiente, daremos logo a seguir, nos capítulos sobre os 12º, 15º, 18º e 24º meses, dois tipos de regime diários, com a respectiva quantidade avaliada, aproximadamente, em utensílios domésticos.

## CUIDADOS COM UM NOVO ALIMENTO

Uma vez que, neste segundo ano de vida, uma grande variedade de alimentos deverá ser dada à criança pela primeira vez, não é possível saber como ela os aceitará. Assim, convém ter cautela, seguindo à risca quatro conselhos básicos:

**1)** O novo alimento deverá ser oferecido sempre em pequena quantidade, pois a criança o provará pela

primeira vez. Observe se ela apresenta qualquer intolerância, demonstrada pela presença de urticária, vômitos ou diarreia. Sabe-se que alguns alimentos são bem tolerados por algumas crianças e mal por outras.

**2)** Não dê ao mesmo tempo, pela primeira vez, vários novos alimentos. Se durante uma refeição for introduzido pela primeira vez um novo alimento, neste dia, e mesmo no subsequente, não deverá ser feita outra modificação. Convém esperar de três a cinco dias para introduzir outro alimento.

**3)** Não faça modificações intempestivas durante o verão. Nos dias de temperatura muito elevada não convém iniciar qualquer nova alimentação, pois a tolerância alimentar e a capacidade digestiva estarão bem diminuídas. Será prudente aguardar um dia mais ameno para fazê-lo.

**4)** Dê liberdade para a criança comer a seu modo. Principalmente com a mão.

A orientação para a execução dos cardápios a seguir é em função de características regionais e dos hábitos alimentares do brasileiro. Guarde este conselho: quanto menos açúcar, sal e gordura (principalmente animal), melhor; quanto mais fresca, saudável e bem apresentada, mais bem aceita será a alimentação.

## Segunda-feira

### Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Fórmula infantil, como Nan Comfort 3 ou Aptamil 3, em torno de 150 (cinco medidas)/180ml (seis medidas) + pode ser oferecido também pão (meio pão) com pouca manteiga.

8, 9 horas

Suco de fruta natural (100ml) ou frutas da estação.

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Arroz, feijão (caldo e caroço amassado), frango cozido ou assado picado, tomate picado e jardineira de cenoura e chuchu.

Frutas variadas picadas (melancia, por exemplo).

### Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Duas bananas picadas em rodelas ou inteiras.

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Macarrão + feijão (caldo e caroço), ovo inteiro cozido, espinafre refogado e picado + abóbora em pedaços.

### Quinta refeição
21 horas

Fórmula infantil para a faixa etária (3), em torno de 180ml (seis medidas).

## Terça-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Fórmula infantil, como Nan Comfort 3 ou Aptamil 3, em torno de 150/180ml + pode ser oferecido também pão (meio pão) com pouca manteiga, que pode ser trocado por biscoito estilo maisena ou água e sal (em torno de 3). Não deve ser oferecido biscoito recheado.

8, 9 horas

Fruta picada (qualquer fruta).

Quantidade: por exemplo, uma maçã pequena.

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Purê de batatas + feijão + fígado bem cozido picado + couve e cenoura picadas.

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Mamão, 1 fatia picada (sem sementes).

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Legumes cozidos (abobrinha + beterraba), acompanhando 1 colher (de sopa) de carne moída + agrião cozido picado + feijão.

## Quinta refeição

21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

## Quarta-feira

### Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Fórmula modificada indicada para a faixa etária, frutas (papa) com cereal (1 colher de sobremesa).

8, 9 horas

100ml de suco de fruta, frutas picadas (melão, por exemplo).

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Arroz com cenoura e ervilha com molho branco, carne bovina picada (2 colheres de sopa) com molho de tomate + brócolis cozido com pequena quantidade de alho.

### Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Creme de abacate.

### Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Feijão (caldo e caroço) com batatas cozidas + peixe cozido + brócolis picado.

### Quinta refeição

21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

## Quinta-feira

### Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Fórmula infantil, como Nan Comfort 3 ou Aptamil 3, em torno de 150/180ml + pode ser oferecido também pão (meio pão) com pouca manteiga, que pode ser trocado por biscoito estilo maisena ou água e sal (em torno de 3).

8, 9 horas

Fruta picada (qualquer fruta).

Quantidade: por exemplo, meia maçã.

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Couve-flor + tomate picados, feijão (caldo e caroço), carne assada desfiada, purê de batata doce.

Fruta (por exemplo, morango picado).

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Suco de frutas natural, bolo caseiro (1 fatia sem cobertura).

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Arroz + lentilha + purê de abóbora, chuchu, nabo, quiabo + frango ensopado com quiabo.

### Quinta refeição
21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

## Sexta-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Fórmula infantil, como Nan Comfort 3 ou

Aptamil 3, em torno de 150/180ml + pode ser oferecido também pão (meio pão) com pouca manteiga, pode ser trocado por biscoito estilo maisena ou água e sal (em torno de 3).

8, 9 horas

100ml de suco de frutas ou frutas picadas (por exemplo, manga).

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Purê de cenoura, macarrão com carne moída, feijão (caldo e caroço) e 1 fatia de carne assada + beterraba cozida, jardineira de cenoura e vagem com alface picada.

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Bolo caseiro simples (1 fatia) ou fruta com cereal (1 colher de sopa de Mucilon ou Neston, por exemplo).

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Macarrão com legumes picados, frango desfiado cozido ou assado + feijão + espinafre picado.

### Quinta refeição
21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

## Sábado

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Fórmula modificada indicada para a faixa etária (180ml, seis medidas) + cereal (duas colheres de sopa).

8, 9 horas

100ml de suco de fruta natural (pode-se varias com dois tipos de frutas, morango + laranja, por exemplo).

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Purê de legumes (batata-baroa ou batata-doce ou

abóbora ou inhame) + couve-flor cozida + carne moída ou músculo cozido.

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Melancia picada (uma fatia média).

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Fígado cozido com purê de batata.

### Quinta refeição
21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

## Domingo

### Primeira refeição
7, 8 horas (desjejum)

Fórmula infantil, como Nan Comfort 3 ou Aptamil 3, em torno de 150/180ml + pode ser oferecido também pão (meio pão) com pouca manteiga, que pode ser trocado por biscoito estilo

maisena ou água e sal (em torno de 3).

8, 9 horas

Frutas picadas.

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Arroz com cenoura e ervilha + almôndegas + creme de espinafre cozido + feijão (com caroço).

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Suco de maracujá.

Biscoito rosquinhas (4).

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Sopa de legumes, tapioca e ovo cozido.

## Quinta refeição

21 horas

Fórmula infantil, em torno de 180ml.

# PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES (CUIDADOS DO DÉCIMO SEGUNDO AO DÉCIMO OITAVO MÊS)

## Perigo

Neste período a criança anda, investiga tudo, abre portas e gavetas sem noção do perigo. Coloca tudo na boca.

## Água

Os cuidados mencionados nos capítulos anteriores deverá ser mantidos. Neste período já começam a constituir perigo tanques, piscinas, poços de água, repuxos e banheiras de adultos.

## Sufocação

Os mesmos cuidados descritos antes, sobretudo com sacos plásticos em que a criança possa enfiar a cabeça.

## Quedas

Nesta idade deve-se ter cuidado especial com quedas de escadas e lajes. Como elas já têm maior segurança para andar e são curiosas, adoram subir e descer escadas. Todas as escadas devem ter proteção para que elas não se aventurem.

## Queimaduras

Como já alcançam o fogão, os perigos de queimadura aumentam. Crianças não devem frequentar cozinhas e todas as panelas devem estar com o cabo para dentro para que elas não possam puxar.

Outro cuidado é com toalhas de mesa, elas adoram puxá-las, e se estiverem com coisas quentes podem, além de apresentar trauma e cortes, provocar queimaduras.

## Brinquedos

Sempre para a faixa etária de seu filho. Quando houver irmãos maiores os brinquedos devem ser

separados, e quando ambos forem brincar, os brinquedos fornecidos não dever ter peças pequenas.

### Portas e janelas

Neste período já representam perigo. Deverão ser colocadas grades fixas ou móveis.

### Remédios e produtos tóxicos

Nesta idade, começam a constituir sério perigo desinfetantes, inseticidas, polidores, ceras, cosméticos, querosene e gasolina. O perigo de a criança bebê-los é de consequência, às vezes, fatal. Não guarde esses produtos em garrafas de refrigerante e mantenha-os em local de difícil acesso. Sempre em armários altos, que as crianças não alcancem, e/ou fechados com trinca.

## O CONTROLE DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

## Evacuação e micção

Não há idade ideal para se iniciar o controle das evacuações intestinais e da micção. Nos últimos anos, os psicólogos observaram que somente ao completar vinte meses de vida é que se deve começar a tentar treinar o controle dos hábitos higiênicos da criança, que estarão bem assimilados por volta dos 24 meses.

Este treinamento é longo, exigindo muita paciência e perseverança dos pais. Antes desta data, pode-se conseguir que a criança faça, sem continuidade absoluta, suas necessidades no troninho. Neste período a execução do ato é mais um impulso instintivo, porque somente aos dois anos é que se tornará um ato voluntário. Ela não fará mais as suas necessidades nas calças porque já sabe que é desagradável.

Naturalmente o início do treino exige que seja levado em consideração o estado de desenvolvimento psíquico e motor da criança no seu primeiro ano de vida. Este desenvolvimento pode ser perfeitamente verificado pelas mães, acompanhando os testes aplicados nos diferentes meses. Se o bebê tem alguma limitação para a obtenção dos resultados destes testes, naturalmente os pais terão de ter compreensão de que

a aquisição dos hábitos higiênicos perfeitos será mais demorada e difícil do que para os outros.

## A mãe não deverá forçá-lo

Não é conveniente que a mãe seja exigente demais durante o segundo ano de vida da criança. Convém habituá-la a se sentar ao vaso sanitário em certas horas, mas não exigir insistentemente a evacuação, pois neste caso a criança poderá adquirir um reflexo negativo em relação ao vaso sanitário. É indispensável que a mãe vigie para que a criança não tenha evacuações dolorosas (fezes volumosas, duras e ressecadas). O uso do penico é aconselhável. Não convém deixá-la nele mais do que dez minutos; porém, se a criança desejar se levantar antes deste tempo, deixe-a.

A maioria das crianças tem medo do vaso sanitário e, sobretudo, da descarga. Se nós, guardadas as devidas proporções, usássemos enormes vasos sanitários, também sentiríamos medo, por ocasião da descarga, de perdermos o equilíbrio e sermos tragados... Muitas vezes as crianças têm os seus motivos...

A imposição dos pais na execução dos hábitos

higiênicos tem sido uma das causas de futuras neuroses apresentadas pela criança. O treino diário feito por pais ou responsáveis (babás) inábeis tem sido um desastre. A paciência, a habilidade e sobretudo a pessoa estar descontraída e conformada com os fracassos são fatores indispensáveis para o sucesso.

## Conselhos para a criança treinar seu controle intestinal

O meio mais prático de realizar a educação desta função consiste em conduzir a criança ao vaso sanitário na hora exata em que ela sentir vontade. No caso de ela não ter uma hora certa, convém observá-la cuidadosamente, percebendo determinados sinais, como rubor, seriedade e desconforto; então, a mãe a sentará imediatamente ao vaso, fazendo com que sua repetição acabe fazendo a criança relacionar o ato com o vaso sanitário.

Segure a criança pelas coxas, estando ela com as costas apoiadas na mãe. Durante alguns minutos, e se não obtiver resultado, retire-a sem fazer comentários. Se o hábito da evacuação for irregular, a criança deverá ser colocada no sanitário em intervalos

regulares após as refeições. Entre um ano e meio e dois anos, geralmente, ela começa a ser treinada. A prática de induzir a evacuação com supositórios não é indicada. O ato deverá ter clima de rotina, e não há motivo para agitação.

## O CONTROLE DAS MICÇÕES

### Conselhos para a criança treinar seu controle urinário

É mais fácil conseguir ensinar a criança a evacuar em lugar apropriado do que a urinar. Por ocasião da apresentação, deverão ser pronunciadas sílabas sugestivas, como "pii...", "chii...", a fim de que a criança as relacione ao ato. Até os vinte meses, ou mesmo 24 meses, ela já deverá ter aprendido a controlar a micção diurna, mas só conseguirá controlar a noturna após os dois anos. Nesta idade as fraldas deverão ser substituídas pelas calcinhas e cuecas.

Logo ao se levantar, ela deverá ser colocada no vaso sanitário, bem como sempre depois das sonecas,

antes e depois das refeições e antes de se deitar à noite. Cada duração deverá ser de poucos minutos.

*Peniquinhos são preferíveis aos vasos sanitários.*

Geralmente, aos 24 meses ela já aprendeu a controlar durante o dia. Use peniquinhos e evite os sanitários altos.

Os meninos são mais difíceis de treinar do que as meninas. Às vezes a criança já treinada não quer mais ir ao banheiro. Pode ter havido qualquer experiência desagradável, como contato com tábua fria, molhada, escorregadia etc. Às vezes este impedimento dura pouco, até a criança se esquecer do incidente; outras vezes pode demorar mais. Algumas crianças só conseguem defecar ou urinar depois que descem do sanitário, quando então se processa o relaxamento dos músculos que controlam essas funções. Isto se deve à tensão nervosa da criança e do ambiente.

O uso de calcinhas e cuecas é de grande importância no estabelecimento do hábito, e não deixa de ser uma "promoção". Sua presença desperta no subconsciente da criança a técnica disciplinar a que está sendo submetida, isto é, usar o sanitário. Mais tarde ela terá grande prazer em poder tirá-la sozinha; sabemos que deverá ser estimulada, desde cedo, a independência da criança para os hábitos comuns da vida diária.

## O "TRONINHO" (PENICO)

O tipo mais usado é o pequeno e baixo. A criança apoia os pés no chão, facilitando assim os movimentos intestinais, fazendo pressão abdominal, com a projeção na posição de cócoras das pernas sobre o abdome forçando a eliminação fecal. O de plástico é indicado. É mais fácil de ser lavado, porém é uma tarefa desagradável. O penico deve ter uma base larga, estável (alguns têm borracha na base, para evitar que escorreguem, e outros têm um cinto para impedir que a criança se levante em ocasião inoportuna).

Os dispositivos de adaptação para os vasos sanitários poderão ser usados para as crianças, porém além do dispositivo os pais devem ter algum objeto para que os pés fiquem em região firme, como uma bancada. A grande vantagem é a criança evacuar diretamente no vaso, além de serem fáceis de transportar.

Treinar a criança antes que o organismo esteja pronto é perda de tempo. Os americanos não marcam data exata para iniciar o processo de controle das micções e evacuações. Os europeus admitem que somente aos dois anos e seis meses, as meninas, e os meninos geralmente por volta dos três anos, estão prontos para usar o penico. Entretanto, algumas

crianças só conseguem usar o penico aos quatro ou cinco anos, e isto acontece sem maiores consequências.

## COMO FESTEJAR O PRIMEIRO ANIVERSÁRIO

O bolo de aniversário pode ser feito com leite, farinha de trigo, açúcar e pouca manteiga, adicionando-se um ingrediente habitual ao regime do bebê, tapioca, maisena, laranja etc. Nada de amêndoas e chocolate, porque é inevitável que alguém faça a criança provar o bolo do seu aniversário. Use sorvetes de fruta, biscoitos, refrescos feitos com frutas frescas, nada de refrigerantes! Doces caramelizados, nem para os adultos, porque é inevitável que uma vizinha ou parenta insista em que "só um pouquinho não poderá fazer mal..." e o bebê acabará provando um doce indigesto para ele, e causador de alergias ou diarreia.

## A TELEVISÃO

Considerando o atual padrão de civilização da nossa sociedade, a televisão é um sério e inevitável problema para os pais. O ideal seria poder disciplinar os horários e os programas; entretanto, os pais nem sempre estão em casa. O governo do nosso país não colabora muito, permitindo programas inaceitáveis e anúncios inconvenientes mesmo durante o dia. Contudo, alguns programas infantis bem-orientados, com muitas cores, brincadeiras, bichos e personagens humorísticos e sem violência ou maldade poderão ser aceitos como estimulantes para a criança. A TV Brasil é uma opção que não oferece perigo de influenciar as crianças para o sexo e para a violência. Conveniente para a criança de um a dois anos, participam tentando mexer nos botões e controles-remotos para ligá-la; quando põem o som muito alto, se assustam e fogem para outro cômodo.

Existem vídeos de desenhos infantis bastante interessantes. Muitas vezes é melhor a criança assistir a um desses desenhos do que ver a programação normal, geralmente inadequada, imprópria para sua idade. As televisões por assinatura possuem canais com programas exclusivamente infantis 24 horas por dia, mas nem sempre os desenhos animados

destinados a crianças têm bons exemplos. Quem não se lembra da famosa Pantera cor de rosa, o tempo todo com uma cigarrilha na boca?

## A DISCIPLINA

Você deverá manter uma disciplina severa para algumas situações em que a atividade da criança poderá expô-la a um perigo real, como, por exemplo, brincar com tomadas e fios elétricos. Este deverá ser o momento de dizer "não" firmemente e demovê-la da situação, mas não espere que ela vá aprender da primeira vez. Pelo fato de ter uma memória curta, você terá de repetir esta cena muitas vezes, antes que ela finalmente reconheça e responda a seus conselhos. A ação imediata é outro componente importante de uma boa disciplina. Reaja imediatamente quando vir o seu bebê se metendo em algum problema, e não cinco minutos depois. Se você retardar esta reprimenda, ele não entenderá a razão pela qual você está zangada, e a lição não servirá para nada. Da mesma forma, não seja muito rápida em confortá-lo.

## A ANSIEDADE PELA SEPARAÇÃO

Geralmente atinge seu clímax entre os dez e os dezoito meses, diminuindo no segundo trimestre do segundo ano. Porém, nos primeiros anos, geralmente a criança fica apavorada quando é deixada sozinha com pessoas estranhas, sobretudo se a mãe ou a babá se ausentam. Se os pais costumam viajar, é prudente deixá-la com os avós, os tios ou parentes já conhecidos, e passarem um tempo juntos antes da viagem. Quando você tiver de deixá-la numa creche ou com uma *baby-sitter* (babá temporária), não a largue, não a deixe, devendo os pais ou somente a mãe ficar com ela, brincando no novo ambiente da creche, e no caso da *baby-sitter,* permanecer junto algum tempo, para verificar as atitudes de ambos. As ausências bruscas, demoradas ou mesmo as breves e repetidas, descuidadas, podem acarretar sérias perturbações no comportamento e na saúde da criança.

## A VACINA COM UM ANO

As vacinas dessa faixa etária são em sua maioria reforços das aplicadas no primeiro ano de vida. Entretanto, algumas serão aplicadas pela primeira vez neste período, como a vacina da varicela (catapora), hepatite A e tríplice viral.

As vacinas são as seguintes:

**1) Pneumocócica conjugada.** Ela é aplicada com dois, quarto, seis, doze e quinze meses. Previne contra um tipo de bactéria muito comum, pneumococo que pode causar inúmeras doenças, dentre as principais a pneumonia, a meningite e a infecção generalizada. Existem mais de noventa subtipos de pneumococo, a vacina disponível nos postos de saúde é a pneumococo 10 valente, ou seja, a que previne contra dez tipos. Em âmbito particular, existe a 13 valente.

**2) Meningocócica C conjugada.** Previne contra o meningococo tipo C, que tem como principal manifestação a meningite meningocócica. A vacina é aplicada com três e cinco meses, e mais uma dose de reforço aos quinze meses e quando a criança tiver de quatro a seis anos. Ela está disponível tanto na rede pública quanto na privada, sendo que no setor privado existem outros tipos de vacinas, protegendo contra o meningococo A, C, W e Y e

outra que protege contra o meningococo B.

**3) Gripe (influenza).** É aplicada para prevenção da gripe, com seis e sete meses. Após isso deverá ser dada uma dose de reforço anual entre abril-maio, antes do período de inverno. Nos postos de saúde é disponível para todas as crianças entre seis meses e dois anos.

**4) Hepatite A.** É aplicada com doze meses, com uma dose de reforço aos dezoito meses. Previne contra a hepatite A, que é uma forma de hepatite aguda cuja principal via de transmissão é fecal-oral (contato de material contaminado com fezes com a boca). Esse tipo de transmissão pode ocorrer entre pessoas, através de água ou de alimentos contaminados. Não é fornecida na rede pública, apenas na rede particular. Pode ser aplicada em crianças que tiveram contato com outras crianças com hepatite, como forma de prevenção.

**5) Tríplice viral.** É aplicada com doze meses, com uma dose de reforço aos dois e quatro anos. Previne contra caxumba, rubeóla e sarampo. Foi implementada primeiramente no calendário brasileiro apenas como proteção para sarampo, cerca de trinta anos atrás, sendo adicionadas as duas novas doenças há cerca de vinte anos.

**6) Varicela (mais conhecida como catapora).** É aplicada com doze meses de vida, com uma dose de reforço aos dois e quatro anos. Previne contra a doença que tem seu nome, que na maioria das vezes apresenta caráter benigno, porém atualmente vê-se aumentarem suas complicações. A catapora é mais grave em menores de seis meses, adultos e crianças que apresentam imunidade baixa. O adulto que não apresentou a doença também deve ser vacinado, principalmente ser for pai ou parente próximo. A vacina passou a ser disponibilizada este ano na rede pública sob forma da tetraviral (associada com caxumba, rubéola e sarampo) em crianças com um ano.

Em resumo, a partir de 2014, na rede pública de saúde, a criança recebe uma dose da tríplice viral aos doze meses de vida e a tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e catapora) aos quinze meses de vida.

Na clínica particular recomenda-se duas doses de vacina contra a catapora, observa-se com essa dose adicional uma melhor proteção. Assim a tetraviral pode ser feita aos doze e quinze meses de vida.

# Capítulo 23

# O décimo quinto mês

# O décimo quinto mês

*Aos quinze meses a criança quer andar sozinha e já diz algumas palavras. Ela usa todas as suas travessuras para sua satisfação e aprendizagem.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 10.600g | 10.400g |
| **Estatura** | 77cm | 76cm |
| **Perímetro cefálico** | 47,5cm | 46,5cm |
| **Perímetro torácico** | 48,5cm | 46,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 200g | 200g |

Aos quinze meses, a criança é muito simpática, não tão encabulada e não estranha tanto as pessoas. Até então era o centro das atenções; daí em diante se movimentará e entrará na rotina da família; suas atividades já fazem parte do horário familiar. Já não quer ficar mais no cercado ou no quarto, e sim passear. Está tão ocupada consigo mesma que não dá muita importância às outras pessoas. Pega o brinquedo das outras crianças, mas não quer emprestar os seus. Recorre sempre à mãe, porque ela representa o grande poder de oferecer e proteger. Já quer andar sozinha. Já se despede da mamadeira, chama a atenção da mãe para as fraldas molhadas,

procura rabiscar com lápis, rabiscar e virar as páginas de um livro.

## O QUE FAZ

Fica acariciando as figuras de um livro, começa a querer imitar desenhos com o lápis, vira e desvira objetos, gosta de ouvir música, gosta de colocar anéis coloridos (cuidado com objetos pequenos, podem ser engolidos ou aspirados), adora apagar fósforos (cuidado com queimaduras), sobe escadas com mãos e joelhos, sai do berço, atira bolas, experimenta abrir e fechar portas.

Percebe que está crescendo e procura mostrar isto, fazendo coisas de adulto: fala ao telefone, dirige carrinhos, liga o aspirador de pó, procura varrer o chão, tenta pentear os cabelos.

É muito exigente, exige atenção, procura pelos adultos quando deixada sozinha, adora sair para passear, percebe a ausência de uma pessoa da família.

Suas habilidades motoras são muitas, andando e subindo escadas, permanentemente ativa, e os pais não devem se mostrar descontentes com toda esta

atividade. Ela usa todas as suas travessuras para sua satisfação e aprendizagem.

Nunca é demais redobrar a atenção com a prevenção dos acidentes.

## A LINGUAGEM

Consegue dizer de quatro a seis palavras, indicando nomes (sabe o nome de algumas partes do corpo), identifica o nome de um objeto numa figura, vocaliza e faz gestos para pedir algo, diz "até logo" e "obrigado".

## OS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS AOS QUINZE MESES

### A audição

Ela a tem perfeita desde o primeiro dia de vida. Às vezes os pais pensam que ela ouve pouco. É provável que esteja distraída ou então que não queria ouvir,

por “malandragem”. Em caso de dúvida, consulte o pediatra. Os pais são os primeiros capazes de perceber problemas de audição. Um exame mais apurado deve sempre ser recomendado, porque pequenos déficits auditivos podem ser detectados precocemente, melhorando o desenvolvimento da criança.

## O olfato

Está presente desde quando o bebê nasce. As crianças com alergia nasal (nariz entupido ou escorrendo) e as que têm hipertrofia das adenoides (“carne no nariz”) o têm diminuído. Certas crianças têm o apetite despertado por determinados aromas vindos da cozinha e outras ficam alegres com o odor agradável de loções perfumadas ou sabonetes. Evite cheiro de cera de assoalho e desinfetantes nesta idade.

## A visão

É um grande fator de ensino. A criança aprende muito vendo. A mãe geralmente é a primeira que percebe problemas de visão no filho. Qualquer

alteração observada deve ser investigada, porque qualquer problema sensorial nesta faixa etária é prejudicial ao seu desenvolvimento.

## O paladar

Deve ser educado com atenção. O gosto da criança deve ser observado, reparando-se no que ela gosta ou não. Bem orientada, ela poderá ter um excelente apetite ou ser enjoada por toda a infância. Se aos quinze meses gosta de um alimento, provavelmente o pedirá pelo resto da vida. O adulto gosta daquilo que comeu e gostou quando criança. Evite educar o paladar para excesso de sal ou açúcar. E ofereça todos os alimentos, mesmo que inicialmente algum seja rejeitado.

## O tato

A criança "vê" com os dedos, ela precisa sentir, pegar, apalpar e apertar os objetos para serem incorporados à sua memória. É um meio de ela aprender. Quando a criança quer andar descalça no assoalho, tapete ou areia, ela quer "investigar" esta

nova sensação. Assim, os pais não devem proibir a criança de brincar com areia ou de pisar no ladrilho ou no cimento, muitas vezes com gritos e tapas. Deve haver acordos e conversas razoáveis antes de qualquer repreensão.

## A EDUCAÇÃO

A vontade de fazer todas as coisas que os adultos fazem é um sinal sadio de inteligência da criança. Ela espia o pai fazendo a barba pela manhã e a mãe passando batom nos lábios. Querer fazer isto logo em seguida é absolutamente normal. Os pais devem aproveitar cada oportunidade para ensinar quais objetos e coisas eles podem pegar e brincar e quais não podem, porque mexer nas coisas é a maior ocupação e atividade nesta idade. Ela pegará tudo o que estiver a seu alcance. Onde a criança nunca deverá estar, por medida de segurança, é na cozinha ou no escritório do pai, se houver. O fato de ela insistir em fazer sozinha as tarefas, sem a interferência dos adultos, tentando e errando, faz com que adquira por meio da repetição a habilidade, o conhecimento.

Ela gosta de pedir para os pais contarem e repetirem histórias e canções diversas vezes, até que ela consiga memorizar e depois fazê-lo sozinha.

A disciplina forçada pelas palmadas não é a melhor solução. Ela experimenta até onde os pais aguentam as suas malcriações, travessuras e vontades. A hora de ir para a cama e a das refeições são os testes que elas mais usam, e às vezes levam os pais, vencidos pelo cansaço, ao desespero. Na verdade são os próprios pais que devem encontrar o melhor meio de vencer essas exigências.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Anda sozinha, cambaleando. Sobe alguns poucos degraus.

### Comportamento emocional

Apresenta certo grau de altivez. Mostra entusiasmo

pelos objetos de seu agrado e irrita-se quando procuram tirá-los.

## Capacidade de adaptação

Abre caixas. Procura empilhar dois blocos, até quatro. Rabisca com o lápis.

## Progresso da linguagem

Já diz de quatro a seis palavras. Vocalização individualizada, denominando objetos e reconhecendo os familiares. Responde a frases familiares.

## Comportamento pessoal e social

Troca a mamadeira pela caneca ou copo. Reclama da calça molhada. Vira páginas de cadernos e livros. Gosta de atirar objetos. Introduz o dedo em buracos. Portanto cuidado com as tomadas, elas devem ser protegidas.

### Brinquedos (seu interesse e preferência)

Gosta de carros para puxar, trenzinhos, caminhões, automóveis, camas para bonecas. Dê a ela bastantes oportunidades para que se exercite: subir, empurrar, cantar, varrer, espanar, martelar. Deixe a criança aprender, pois ela só obterá resultados satisfatórios através de tentativas e fracassos repetidos. O cercado é de grande utilidade, bem como a caixa de areia.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Coordenação motora voluntária: a criança deverá jogar uma bola na direção do adulto e recebê-la de volta.

### Segunda prova

Deverá compreender uma ordem. Uma pessoa manda a criança apanhar um brinquedo e trazê-lo de volta. Ela deverá executar perfeitamente a tarefa.

## Terceira prova

Recordar-se de algo após três minutos. Dá-se uma caixa com um brinquedo para a criança. Em seguida retira-se a caixa e o brinquedo; três minutos depois, devolve-se a caixa vazia; ela deverá notar a falta do brinquedo.

## Quarta prova

Executar movimentos relativamente difíceis. Dando-lhe uma série de dados que caibam um dentro do outro, a criança deverá colocá-los perfeitamente, assim como deverá tirá-los, repetindo a manobra diversas vezes.

## Quinta prova

Demonstrar preferência. Apresentando-lhe dois cartões, um com cores variadas e outro com figuras, a criança deverá preferir o das figuras, por ser mais interessante.

## A DENTIÇÃO

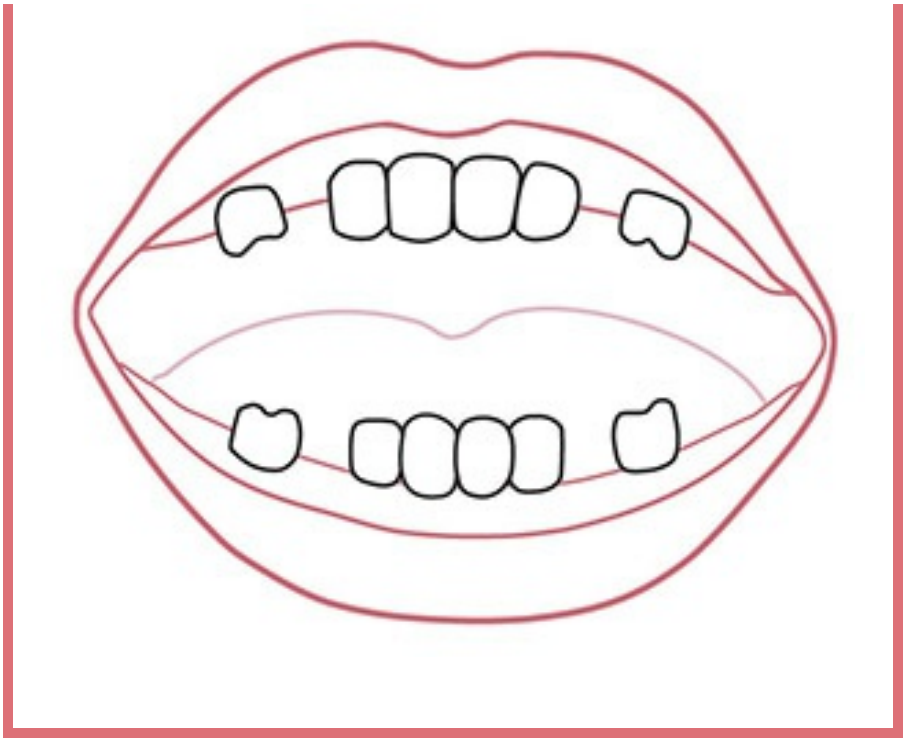
É o período em que aparecem na boca os primeiros molares decíduos (de leite).

Estes dentes têm anatomia rica em sulcos e reentrâncias e especial atenção deve ser dada à escovação deles, pois tendem a acumular alimentos!

O bebê já apresenta de dez a doze dentes na boca. O perío-do de permanência deles é longo. Eles "guardam" espaço até a época de troca pelos dentes permanentes, o que irá ocorrer por volta de dez a onze anos de idade.

Caso a criança ainda não tenha sido examinada pelo odontopediatra, os pais deverão agendar uma consulta.

A higiene oral com escova própria para criança, creme dental sem flúor e fio dental é fundamental.



## A ALIMENTAÇÃO AOS QUINZE MESES

Aos quinze meses a criança deverá definitivamente usar o copo com tampa. Nesta idade é muito mais importante para ela falar, andar, brincar e subir do que comer. Os pais devem saber que 80% dos problemas das crianças de um a dois anos são relativos à alimentação. Os problemas aparecem quando seus pais a forçam a comer o que não gosta ou então mais do que precisa. Devem atender às suas reclamações, que são feitas por gestos. A paciência é o melhor recurso. É importante seguir uma rotina de horários.

O apetite da criança diminui entre o 15º e o 18º mês. Os novos alimentos têm de ser cheirados e apertados para que ela sinta sua forma, cheiro e consistência. Aos poucos ela se habituará, se não houver verdadeira repugnância. A melhor ocasião para introduzir novos alimentos é quando ela está verdadeiramente com fome. Nunca a force, pois poderá ficar desobediente ou começará a diminuir o interesse pela comida daí por diante.

Não exija muitos modos à mesa; deixe-a comer com os dedos, se quiser. Reserve um espaço em local apropriado para que ela possa comer à vontade, sujando o ambiente com os alimentos que caírem do prato. É importante fazer as refeições com a família quando possível.

Aos quinze meses a criança aceita bem os alimentos picados sem se engasgar; entretanto, algumas ainda insistem em comer tudo na forma de papa. Ela deve ser estimulada pela mãe e pelo pediatra a comer em pedaços em todas as refeições, para evitar essa situação.

Nesta idade, novas modificações no regime alimentar serão impostas, não só na forma como também na qualidade dos alimentos. Quando uma criança gosta particularmente de um alimento, não

lhe dê todos os dias. Ela acabará enjoada. Sirva peixe pelo menos uma vez por semana.

A carne bovina e a de frango devem ser bem cozidas, desfiadas ou picadas. Os alimentos serão mais nutritivos, e ao ofertá-los em pedaços estaremos estimulando o consumo de fibras para regular a função intestinal da criança. Deve-se manter sem sobremesas pois o ideal é acostumar a criança sem doces.

Os doces com amêndoas, nozes e amendoim podem ser dados desde que a criança não tenha problemas de alergia.

## As massas

As massas, ou *pastas,* como são chamadas pelos italianos, são produzidas com cereais constituídos basicamente de amido. Seu principal componente é a farinha de trigo. As massas compradas prontas em pacotes devem ser de boa qualidade. As massas mais usadas na alimentação infantil são o talharim, o ravióli e o nhoque.

# CARDÁPIO PARA CADA DIA DA SEMANA

Devem ser parecidos com os detalhados no capítulo anterior, porém sempre evoluindo na consistência, cada vez usando menos purês e picando menos os legumes, as verduras e as carnes. Deve-se aumentar a quantidade de acordo com a aceitação da criança e deve-se sempre iniciar o aumento com legumes, verduras e carne para depois aumentar arroz/macarrão e purês. Como falado anteriormente, algumas crianças podem apresentar dificuldade para se alimentar. A mãe deve evitar trocar a comida da criança por outra alimentação ou mamadeira, pois isso pode se tornar um hábito para uma má alimentação. Os pais com o tempo vão criando maneiras para se adaptar a este problema, sempre conversando com o pediatra.

## O mínimo que uma criança entre um e dois anos de idade deve comer (por dia):

**a)** Leite – 1 xícara (de chá) (150ml).

**b)** Ovos – meio ovo cozido, três vezes por semana.

**c)** Carne bovina, ou peixe, ou galinha, correspondendo a 1 colher (de sopa) no almoço e outra no jantar.

**d)** Batata-doce, batata inglesa, arroz e massas – 2 colheres (de sopa).

**e)** Verduras cozidas ou cruas, picadas – 2 colheres (de sopa).

**f)** Cenoura e tomate – 2 colheres (de sopa) de cada um.

**g)** Suco de fruta cítrica – 1/2 xícara (de chá) (laranja, abacaxi, uva e caju).

**h)** Banana, maçã, pera, pêssego, ameixa, mamão, caqui e abacate – 1 xícara (de café).

**i)** Pão integral – 1 ou meia fatia.

**j)** Cereal integral – 2 colheres (de sopa).

## A VACINAÇÃO AOS QUINZE MESES

As vacinas dessa faixa etária são em sua maioria reforços das aplicadas no primeiro ano de vida.

As vacinas são as seguintes:

**1) Tríplice Bacteriana.** É também chamada de DTP. Existe em duas formas, a DTPw e a DTPacelular. Ela previne contra três doenças: difteria, tétano e coqueluche. É aplicada com 2 meses, quatro meses, seis meses, com outros reforços aos quinze-dezoito meses e aos quatro-seis anos e depois a cada dez anos. Aos quatro-seis anos ela é aplicada na forma de DTPw nos postos de saúde. Na clínicas particulares, é aplicada a DTPacelular. Ainda nas clínicas particulares a DTPa pode ser substituída pela DPTa/Hib.

**2) Vacina contra poliomielite.** Pode ser oral (VOP) (as famosas gotinhas) ou injetável (VIP). A vacina oral é atenuada. A pólio injetável possui o causador, porém ele está inativado. A primeira, por ser atenuada, apresenta maiores efeitos colaterais e maior risco de pólio vacinal. Nesta faixa etária ela é disponibilizada na forma injetável na rede particular e na forma oral nos postos de saúde. É realizada uma dose de reforço aos quinze meses.

**3) Tríplice viral.** É realizada com doze meses com uma dose de reforço aos quinze meses. Previne contra caxumba, rubeóla e sarampo. Foi implementada primeiramente no calendário brasileiro apenas como proteção para sarampo cerca de trinta anos atrás,

sendo adicionadas as duas novas doenças há cerca de vinte anos.

**4) Varicela (mais conhecida como "catapora").** É realizada com doze meses de vida com uma dose de reforço aos quinze meses de vida. Previne contra a doença que tem seu nome, que na maioria das vezes apresenta caráter benigno, porém atualmente vê-se aumentarem suas complicações. A "catapora" é mais grave em menores de seis meses, adultos e crianças que apresentam imunidade baixa. O adulto que não apresentou a doença também deve ser vacinado, principalmente ser for pai ou parente próximo, na clínica privada. Nos postos públicos a vacina contra catapora vem sendo aplicada aos quinze meses de vida na formulação combinada (sarampo, caxumba, rubéola e catapora).

Na clínica particular a vacina contra a catapora é indicada aos doze e quinze meses e a formulação combinada (contra o sarampo, caxumba, rubéola e catapora) pode ser indicada.

**5) Gripe (influenza).** É realizada para prevenção da gripe. É aplicada com seis meses e sete meses. Após isso deverá ser dada uma dose de reforço anual entre abril-maio, antes do período de inverno. Nos postos de saúde está disponível para todas as crianças

entre seis meses e cinco anos.

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA OS QUINZE MESES


**1)** Aprendendo a brincar

**2)** Dez sugestões para os brinquedos

**3)** Os pesadelos

**4)** A higiene

**5)** As meninas têm inveja do pênis dos meninos?

**6)** A higiene dos dentes


## APRENDENDO A BRINCAR

O bebê aprendiz, aos quinze meses, deverá aprender a brincar nos jardins, parques e piscinas, mas necessita de supervisão permanente. Porém, se ele cair ou se machucar, poderá não querer brincar mais; não convém mantê-lo afastado da brincadeira por muito tempo; os pais deverão ajudá-lo e encorajá-lo a

perder o medo. O modo de brincar favorito nesta idade é com bola ou de esconde-esconde.

## DEZ SUGESTÕES PARA OS BRINQUEDOS

**a)** Se a criança ficar aborrecida com um brinquedo ou com o tipo de brincadeira, provavelmente este não estará sendo apropriado para a sua idade ou não estará servindo para o que ela quer. Não deverá haver insistência. Brinquedos ou brincadeiras inadequadas tornam a criança tão infeliz quanto a falta de carinho.

**b)** Se o brinquedo estiver quebrado, não o dê à criança até ele poder ser consertado. Se não for possível, desapareça com ele sem que a criança veja.

**c)** Muitos brinquedos confundem, deixam a criança aflita ou excitada.

**d)** Se ela tiver muitos brinquedos, guarde alguns, pelo menos uma parte deles, ou troque-os de quinze em quinze dias; isto despertará nova alegria, e a criança voltará a brincar com eles com a mesma ou

com maior satisfação.

**e)** Os brinquedos não deverão ter pontas, bordas finas ou cortantes.

**f)** Brinquedos que poderão ser engolidos, como bolas de gude, guizos e rodinhas, deverão ser proibidos.

**g)** Os brinquedos deverão ser fortes, resistentes, não quebrando com facilidade.

**h)** Um brinquedo que realmente agrade, a criança o guardará por muitos anos, e será usado em diversas ocasiões.

**i)** O bebê aos quinze meses adora brinquedos com ritmos e sons. Também gosta de ouvir, ou ver, CD, rádio e televisão, mas cuidado, pois a criança vai querer colocá-los para funcionar. Colocar um disco ou CD no toca-discos é o seu prazer, e os pais não deverão proibi-la, mas sim ensiná-la como fazer. Os pais deverão estar preparados para ouvi-lo muitas vezes (até a saturação), porque o bebê está querendo guardá-lo na memória.

**j)** "Brinquedos sedativos" são aqueles que despertam interesse, atenção e acalmam a criança, mantendo-a ocupada por algum tempo, o que é muito bom também para os pais. Os brinquedos que são seguros e que lhe agradam ajudam-na a dormir mais

depressa, mantendo um sono profundo. Os brinquedos usados à noite não deverão ser barulhentos, provocando agitação, como os de movimentos, carrinhos etc., e sim os que a criança pode usar sentada, sozinha ou na companhia de uma pessoa.

## OS PESADELOS

Os pesadelos às vezes surgem bem cedo, desde os seis meses de idade; porém, dos quinze meses em diante poderão ser mais frequentes. Durante o dia a criança brinca imitando pessoas e acontecimentos. Deitada, começa a conversar consigo mesma, criando fantasias, e quando pega no sono às vezes se assusta com suas próprias criações, dando gritos, sentando ou querendo pular da cama, podendo levar até meia hora para se acalmar. Isso não deverá ser confundido com o terror noturno.

*Brincar ao ar livre é muito bom. Lembre-se de proteger a pele do bebê do sol.*

Dos dois aos quatro anos os pesadelos poderão ser frequentes. A criança não distingue bem entre a realidade e a fantasia, e pode ficar confusa. Isto se verifica nos pesadelos, que ocorrem nesta idade, em que a criança acorda apavorada. Somente aos quatro,

cinco anos é que a criança começa a distinguir entre sonho e realidade. Alguns puericultores aconselham os pais que, em vez de convencê-la e acalmá-la, mostrando que não há bicho-papão no quarto, no armário ou debaixo da cama, o mais prático é "pegar o monstro e jogá-lo pela janela"; é mais simples e rápido e a criança voltará a dormir sossegada. O tempo de sono deverá ser de oito a nove horas por noite.

## A HIGIENE

A criança já consegue se sentar sozinha no "troninho". Reclama quando está molhada ou suja. Começa a insistir em fazer tudo sozinha. Gosta do banho e de se ensaboar.

## AS MENINAS TÊM INVEJA DO PÊNIS DO IRMÃOZINHO?

Tem sido comprovado em pesquisas sobre

comportamento que algumas meninas podem apresentar problemas emocionais ocasionados pela ausência do pênis, com sentimentos de decepção e frustração. Algumas mães já relataram ao pediatra que sua filhinha se queixou de que sua boneca não tem pênis, e uma clientezinha nossa queria, "por força", que a mãe comprasse para ela um "apito" como o do irmãozinho.

A crise típica ocorre entre o 15º e o 17º mês, e o relatório dos pesquisadores a classifica entre tipo benigno e tipo severo, grave.

A sexualidade infantil é uma questão importante, admitindo-se que, por volta dos dezesseis meses de idade, as crianças "são muito atentas às diferenças de sexo" e a sexualidade é facilmente despertada. Como prova disso está a masturbação, chegando a ser considerada por muitos psicólogos como parte do desenvolvimento normal. Futuros problemas sexuais de adultos, como a frigidez, podem ter sua origem nos primeiros meses de vida. Não se esqueça da teoria de Freud: a de que existe uma parte inconsciente na mente humana cujo núcleo se desenvolve na primeira infância. Esta foi uma das maiores descobertas científicas da mente; os sentimentos e as fantasias infantis deixam suas marcas, que nunca

desaparecerão, permanecendo ativos e exercendo poderosa influência no comportamento emocional e intelectual do indivíduo.

Para minimizar esses problemas, os pais não deverão alardear as diferenças sexuais, aparecendo nus pela casa diante dos filhos e mostrando forte reprovação à masturbação. Os pais deverão também estar constantemente presentes para seus filhos, principalmente durante o período crítico, inseguro, dos quinze aos dezessete meses, não viajando ou deixando-os com parentes.

## A HIGIENE DOS DENTES

Aos quinze meses é muito importante intensificar a higiene dos dentes, para evitar cáries nos dentes de leite, com dor e dificuldade para o aparecimento dos dentes definitivos.

A cárie se apresenta como manchas brancas e opacas, sendo mais atingidos os primeiros molares, entre o 14º e o 16º mês.

O exame pediátrico deverá incluir uma avaliação do aspecto dos dentes, devendo a criança ser

encaminhada ao odontopediatra para avaliação sempre que for detectada alguma anormalidade. As visitas ao odontopediatra deverão ser realizadas pelo menos uma vez a cada seis meses, para prevenção de anormalidades na dentição.

*Escovas macias e pequenas são as mais apropriadas.*

O dentista é muito importante para a saúde da criança. Está provado que 38% dos bebês já

apresentam cáries entre um e dois anos de idade, que mal tratadas poderão levar à destruição e consequente perda dos dentes. A chance de o bebê que tem os dentes escovados e fio dental passado de forma correta desenvolver cária é muito pequena.

# Capítulo 24

# O décimo oitavo mês

# O décimo oitavo mês

*Aos dezoito meses, a criança anda sozinha, quase correndo. Essa idade é o limite normal para o início da fala.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 10.800g a 11.000g | 10.600g a 10.800g |
| **Estatura** | 80cm | 79cm |
| **Perímetro cefálico** | 48,5cm | 47,5cm |
| **Perímetro torácico** | 49,5cm | 48,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 200g | 200g |

Aos dezoito meses a criança é ativa, alegre, agitada, às vezes inoportuna e cansativa, um tormento encantador! As mães e babás deverão ter paciência e bom humor com as suas travessuras, que são necessárias, pois estarão fortalecendo a musculatura e aperfeiçoando as habilidades da criança. À medida que crescer, ela se tornará mais sociável com os pais e as babás. Começa a atender pedidos. Embora goste de companhia, acha que as outras crianças são "objetos" para ela se divertir, puxando-as,

empurrando-as e batendo nelas.

Num passeio, não quer mais ficar no carrinho, quer andar sozinha. Para não criar caso, a mãe deverá deixá-la por algum tempo, e não obrigá-la a ficar o tempo todo no carrinho.

Suas habilidades são muitas: vive testando sua força, empurrando móveis e querendo levantar objetos pesados — poderá subir escadas, um pé em cada degrau, e descer engatinhando de costas —, pular com os dois pés. Não fica muito tempo no mesmo lugar; interessa-se pelas atividades de casa (limpeza, cozinha), mete-se em tudo; cuidado com os acidentes!

Ah! O lápis é a sua grande distração; ela o segura fortemente e rabisca tudo o que encontra, paredes, mesas, roupas, rostos, mãos, papel; ela o faz porque percebe que deixa marcas, e isto a anima e diverte, e, segundo os puericultores, talvez seja sua primeira expressão artística.

Reconhece-se num retrato, dizendo seu nome, sabe de onde é um objeto, encaixa corretamente uma peça no quebra-cabeça, usa um pedaço de pau para pegar um brinquedo ou um objeto que esteja fora do seu alcance.

Objetos e brinquedos pequenos deverão estar

longe do seu alcance, pois poderão ser engolidos. Poderá brincar sozinha até uns trinta minutos, depois se cansa e quer companhia. Livros e revistas, ela os rasga; convém dar-lhe de pano.

*Os brinquedos não devem ter "canto vivo", que pode machucar a criança.*

Aos dezoito meses é realmente ocupada, algumas já

recusam o cercado, sentem-se suficientemente fortes nas pernas e capazes de andar pelo menos no início do dia; neste caso é prudente fechá-las no quarto ou numa varanda, bem protegidas. É uma idade muito perigosa para deixá-las sozinhas, sem vigilância; abrem gavetas, trepam em mesas e podem empurrar cadeiras até a janela para subir e espiar.

## A LINGUAGEM

Ela está começando a falar e aprenderá mais cedo se os pais e outras pessoas da família a escutarem com paciência, a animarem e conversarem com ela sem querer corrigi-la para falar direito. Sabe umas doze palavras: "papá", "mamã", "babá", "vovô", "neném", "tchau", "acabou", "obrigado", "qué", "bora" (embora; é a preferida de todas!).

## A EDUCAÇÃO

A criança já deverá estar sendo preparada para que

comece a se portar de acordo com as necessidades de sua saúde, segurança, as exigências no lar e na sociedade.

Ainda não é época para obedecer e receber certas ordens, porque ainda não está suficientemente amadurecida para entender ordens verbais, porém alguns gestos enérgicos ou cara zangada serão úteis. O melhor é estabelecer limites físicos, pois elas nunca ficam no mesmo lugar por muito tempo. Uma boa ideia é chamar a sua atenção para outra atividade sempre que estiver fazendo algo errado.

## A DISCIPLINA

Sua finalidade não é a de tirar a liberdade, e sim dar à criança autonomia e segurança dentro de suas possibilidades. Nesta idade ela não sabe ao certo o que quer. Quer fazer tudo ao mesmo tempo, está crescendo e aprendendo, é a ocasião em que tanto ela quanto os pais abusam da palavra "não". As punições, como palmadas, tapas e beliscões, ensinam a criança a ficar zangada, a ter acessos de raiva e tornar-se vingativa, dizendo não a tudo e a todos; não deverão

ser usadas em hipótese alguma. **A disciplina deverá ser imposta de tal modo que não existam vencidos nem vencedores.**

Naturalmente não é possível ensinar à mãe como proceder nas mais variadas ocasiões, porque a solução e as medidas a serem tomadas dependem da educação e do estado emocional dos pais. Casais infelizes geralmente não podem tomar acertadas e felizes correções.

O que parece uma desobediência é na verdade um ato de aprendizagem, precisamente entre o primeiro e o terceiro ano; o perigo é que suas capacidades físicas são menores que suas habilidades e compreensão. As crianças ativas, curiosas, são as que apresentam maior risco.



## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Anda sozinha, quase correndo, desajeitada devido à

reduzida coordenação muscular. Sobe numa cadeira. A criança é cheia de energia, está em toda parte, mexendo nas gavetas e nos armários.

## Comportamento emocional

Presta atenção à música. Marcha, sacudindo o corpo todo, acompanhando uma música barulhenta e dizendo "hum, hum...".

## Capacidade de adaptação

Imita traços retos na escrita. Arma, em torre, de três a cinco cubos. Procura socorro quando está em dificuldade.

## Progresso da linguagem

Consegue falar de cinco a dez palavras. Usa alguns adjetivos. Aponta o nariz, os olhos, os cabelos etc. Diz "obrigado". Organiza frases com duas palavras justapostas. Desta idade aos dois anos, entra no período das perguntas. Fala de si na terceira pessoa (nenê faz etc.). O pronome "eu" só será usado por

volta dos dois anos e meio. Começa a dar nome ao que vê: “neném”, “tomove” (automóvel), “pato” (sapato). Nesta idade, sua palavra preferida é “não”.

## Comportamento pessoal e social

Deverá ser quase completo o controle da evacuação. Abraça bonecos com afeição. Tem atenção rápida e breve.

## Brinquedos (seu interesse e preferência)

Animais para empurrar, blocos construtivos, caixa de areia, com pá e baldinho. O ambiente para a criança brincar é muito importante. Os pais acertarão se permitirem uma certa desordem, deixando a criança arrastar cadeiras e subir em poltronas e sofás. A criança constrangida acaba irritada, resmungando, agarrada à saia da mãe, que termina também por se irritar.

Quando a criança souber andar, é bom deixá-la fora do carrinho por algum tempo, durante os passeios.

Os *playgrounds* não são próprios para as crianças

com menos de três anos de idade. Os brinquedos envelhecidos e sujos de ferro, parafusos enferrujados etc. podem causar problemas. Os brinquedos, quando expostos por muito tempo ao sol, podem prejudicar a criança. Gramados em que são aplicados pesticidas ou herbicidas só poderão ser usados depois de 48 horas. Atenção! Atualmente existem playgrounds de plástico, preferíveis aos de madeiras, já que são fabricados segundo normas do Inmetro, não tendo perigos como os relatados anteriormente.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Compreende uma proibição. Proíbe-se, por meio de palavras, que a criança toque em determinados objetos pelos quais tenha demonstrado preferência. A proibição deverá ser perfeitamente cumprida.

### Segunda prova

Reconhece um retrato. Mostre fotografias de

pessoas com que ela esteja familiarizada. A criança deverá dar demonstrações imediatas de reconhecimento.

## Terceira prova

Recorda-se de um brinquedo, após quinze minutos. Dá-se à criança uma caixa contendo um brinquedo; depois de algum tempo, retira-se ambos; quinze minutos depois, devolve-se a caixa, mas sem o brinquedo; ela deverá notar a ausência.

## Quarta prova

Coordenação motora. Deverá subir com facilidade em uma cadeira ao seu alcance.

## Quinta prova

Nomeia objetos. Mostra-se à criança, simultaneamente, diversos objetos familiares. Ela os irá nomeando da melhor maneira possível, usando sua própria linguagem.

## A VACINAÇÃO

Na ocasião de campanha de vacinação contra a paralisia infantil, organizada pelo Ministério da Saúde, poderão ser aplicadas doses extras da vacina oral Sabin, reforçando a proteção da criança e concorrendo para a erradicação da doença. Poderá ser dada a segunda dose da vacina de hepatite A, se a primeira dose for aplicada aos doze meses.

A vacinação contra o vírus influenza (gripe) é indicada todos os anos, principalmente nos meses de abril, maio e junho.

## A DENTIÇÃO

A erupção dos molares e dos caninos revela-se dolorosa em muitas crianças; em consequência de gengivas mais resistentes, a criança apresenta inapetência e impaciência, salivando (babando) constantemente.

Em alguns casos, a dentição não obedece ao aparecimento regular; alguns dentes saem antes de outros. Este fato não tem a menor importância; em

algumas famílias a erupção dentária é irregular.

Excetuam-se, naturalmente, os casos de a criança não atingir os dois anos com os vinte dentes normais.

O fato de alguns bebês apresentarem manchas amareladas no esmalte dos dentes tem sido atribuído ao uso constante ou periódico de um tipo de antibiótico — a tetraciclina — durante o primeiro ano de vida. Este antibiótico está proibido para as crianças menores de nove anos pelo perigo para a dentição de leite e para a definitiva.

A aplicação de flúor não deverá ser esquecida (ver link).

## A DENTIÇÃO

A criança deverá ter de quatorze a dezesseis dentes; é o período do nascimento das "presas" (caninos); são os dentes que, ao saírem, mais maltratam a criança. Quase sempre, por esta ocasião, ela fica salivando muito, e inapetente.

Os mesmos cuidados com a higiene/dieta recomendados até agora devem ser mantidos.

Os caninos permanentes aparecem na boca das crianças entre oito e onze anos de idade.

## A ALIMENTAÇÃO AOS DEZOITO MESES

Aos dezoito meses começam a aparecer os problemas com a alimentação, quando a velocidade do crescimento diminui e o apetite também. O discernimento, a avaliação da personalidade, começa a aparecer, e a criança percebe que é uma pessoa distinta, separada de sua mãe, e não a extensão, a continuação dela.

Começa a perceber do que gosta e do que não gosta — e a ter um paladar próprio. Algumas crianças podem tentar usar a colher, o garfo e o copo nas suas refeições, mas somente aos três anos é que conseguirão usá-los completamente. Elas gostam de comer sozinhas.

## Os motivos da sua recusa em se alimentar

**a)** Inflamação da boca (aftas, estomatite).

**b)** Erupção dentária (molares).

**c)** Febre.

**d)** Resfriado (nariz entupido).

**e)** Excesso de brincadeiras.

**f)** Cansaço (passeio demorado).

**g)** Dormir pouco.

**h)** Comer demais na refeição anterior (mais do que o habitual).

**i)** Comida malfeita (tempero, consistência, sabor).

**j)** Mãe nervosa, contrariada naquele dia.

**k)** Monotonia e falta de variedade.

O leite, que é a melhor fonte de proteínas e cálcio, é o grande alimento; se a criança não o tolera, dê a ela seus substitutos: queijo, requeijão, coalhada, doce de leite, sorvete de creme e iogurte. A criança alérgica que não bebe leite de vaca deverá comer alimentos contendo cálcio, embora em menor quantidade do que no leite, como:

Peru, bacalhau, peixe, salmão, vegetais (brócolis, folhas verdes, espinafre, feijão, ervilha seca), frutas secas, frutas frescas — abacaxi, morango —, ovos, amêndoas, melado.

As verduras folhosas, como o caruru e a couve, são igualmente ricos em cálcio e ferro; se a criança não os tolerar, misture-os ao caldo de feijão. É uma solução. Para cobrir o grande dispêndio de energia, o oferecimento de massas (espaguete, talharim, nhoque) é melhor do que o de alimentos açucarados, pois não enjoam tanto, nem seu excesso pode conduzir à inapetência.

Os temperos são os mesmos: pouco ou nenhum sal, cebola, tomate, cebolinha, um pouco de alho. O refogado não deverá ser sistemático, isto é, diário; no caso de fazê-lo, o óleo de milho, de algodão, de soja ou de girassol são indicados. Alimentos cozidos e assados são aconselhados.

Os achocolatados poderão ser oferecidos depois dos dezoito meses.

Não faça da sobremesa o grande evento do dia. A mamadeira deverá ser suspensa quando a criança completar um ano de idade. No máximo aos dezoito meses. Nesta época ela deverá usar o copo. Não é fácil conseguir que ela não tome a última mamadeira; porém, se for dada, limpe sua boca com água, escove os dentes e passe o fio dental para evitar a cárie.

Algumas crianças exigem um lanche antes de ir para a cama. Deve-se oferecer biscoitos, queijos, frutas, pão, tudo em pequenas quantidades, lavando em seguida os dentes, isto é, escovando-os com água filtrada, creme dental sem flúor e usando fio dental.

Não se esqueça de que os alimentos deverão ser ricos em ferro (ver link). Há marcas de leite com boa quantidade de ferro; sobretudo para crianças que bebem muito leite, poderão irritar o intestino, além de provocar uma discreta anemia. Ainda nessa idade a melhor fonte de leite, que não seja o materno, serão as fórmulas especiais para bebês e não o leite de vaca *in natura*.

# CARDÁPIO PARA CADA DIA DA SEMANA

## Segunda-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Pão com manteiga ou três biscoitos (não recheados) e suco de frutas.

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Arroz, caldo grosso de feijão + caroço, bife de carne moída caseiro e cenoura ralada.

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Milho cozido (meia espiga grande).

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Talharim com carne e purê de abóbora com tomate.

### Preparo

Para a segunda refeição:

**Bife de carne moída:** carne moída, 1 pedaço de pão embebido em leite, pouco ou nenhum sal, alho, cebola, 1 gema. Moa a carne e depois misture todos os ingredientes. Modele bifes pequenos. Toste-os ligeiramente na grelha, em fogo baixo. Pode-se substituir o pão por farinha de rosca.

## Terça-feira

### Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Mingau com tostados de milho ou farinha industrializada.

8, 9 horas

Suco de frutas ou frutas da estação.

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Arroz, chuchu cozido, carne moída, ovo mexido, caldo de feijão, salada de alface e tomate.

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Bolo caseiro com suco caseiro.

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Ravióli de presunto com molho de tomate, cenoura, queijo ralado grosso, espinafre.

## Quarta-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Mingau de fubá de milho.

8, 9 horas

Suco de frutas.

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Refogado de chuchu com molho branco, arroz e guisado de fígado.

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Sorvete de creme com frutas picadas.

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Carne assada, arroz, batatas cozidas, purê de caruru e couve cozida.

## Preparo

Para a segunda refeição:

**Guisado de fígado:** 250g de fígado, 1 colher (de sopa) de farinha de trigo, pouco ou nenhum sal, 1/2 colher (de sopa) de manteiga, 1 cenoura cozida picadinha, 1/2 cebola picadinha, 1 batata cozida e cortada em pedacinhos, 1/2 xícara (de chá) de caldo de carne ou água, 1 tomate picado. Limpe, lave e enxugue o fígado; corte-o em pedaços pequenos e passe-os na farinha, temperados com sal. Toste-os na manteiga. Retire-os e reserve. Doure a cebola, depois a batata e a cenoura; adicione o tomate e depois o fígado. Junte o caldo de carne, ou água, e cozinhe em fogo brando, conservando a panela tampada.

## Quinta-feira

### Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

30ml de café + 150ml de leite (fórmula infantil), pão com manteiga.

8, 9 horas

Suco de frutas ou frutas picadas.

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Galinha ensopada, purê de aipim, arroz, brócolis e beterraba cozidos.

### Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Creme de abacate.

### Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Peixe cozido, espaguete e cenoura.

Gelatina com frutas.

## Sexta-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Mingau de tapioca.

8, 9 horas

Suco de frutas.

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Bife, arroz, ovo estrelado, abobrinha verde e salada de mix de folhas (alface, agrião, rúcula).

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Café com leite, pão, geleia e manteiga.

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Nhoque de batata, molho de tomate ou caldo de feijão e carne moída ou miolo com legumes.

## Preparo

Para a segunda refeição:

**Para o ovo estrelado:** use pouca gordura na frigideira, 1 colher (de chá) de azeite ou manteiga natural, deixando derreter; coloque o ovo e tampe a frigideira.

Para a quarta refeição:

**Miolo com legumes:** 1 miolo, pouco ou nenhum sal, manteiga, tomate sem pele picado, 2 cenouras picadas, cheiro-verde e 2 batatas picadas, cebola picada e caldo de carne. Prepare o miolo da seguinte forma: esquente a manteiga ou o azeite e refogue os temperos, as batatas e as cenouras. Acrescente o caldo de carne, leve ao fogo brando, deixando cozinhar até que fique bem macio. Acrescente o miolo e deixe cozinhar por alguns minutos.

# Sábado

## Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

1 fruta em compota (pêssego, pera ou maçã), 1 biscoito tipo Maria ou maisena, 1 colher (das de sopa) de leite em pó e 30ml de água fervida e fria.

8, 9 horas

Suco de frutas.

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Purê de ervilha, arroz, peixe cozido, salada de lentilha com rúcula.

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Banana e tangerina.

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Arroz de brócolis, feijão com caroço, frango grelhado picado, quiabo e cenoura ralada.

## Domingo

## Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Leite ou achocolatado e pão com manteiga.

8, 9 horas

Suco de frutas.

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Peito de frango cozido, arroz, abóbora e caldo de feijão + alface picada.

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Torta de banana com creme de leite.

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Talharim com fígado de galinha, ovo cozido, salada de alface e tomate.

## Preparo

Para a terceira refeição:

**Para a torta de banana:** unte um refratário com manteiga, coloque pão amanhecido cortado em fatias finas embebido em leite. Polvilhe com açúcar. Acrescente as bananas e polvilhe com açúcar e canela. Faça várias camadas, sucessivamente. Asse em forno médio.

Para a quarta refeição:

**Fígado de galinha:** cheiro-verde, 1 limão, 1 pedaço pequeno de cebola, batata, cenoura, suco de tomate. Pique o fígado em pedaços pequenos, tempere-os e refogue-os com cheiro-verde e cebola. Cozinhe com pouca água, acrescentando a batata e a cenoura cortadas. Sirva com suco de tomate.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE OS ALIMENTOS

### Os legumes

Os legumes secos, como as lentilhas e as ervilhas, são muito ricos em proteínas, ferro e fósforo, mas são

de difícil digestão. Eles podem ser usados nas sopas depois dos dezoito meses até os dois anos, em pequena quantidade; observe a sua tolerância pelas crianças. A beterraba é apreciada por algumas crianças. Ela pode ser administrada à refeição por volta de um ano de idade. Algumas crianças apresentam irritação perianal, ao redor das nádegas, por ocasião da sua eliminação. É preciso saber cozinhar os legumes; após tê-los lavado, não os deixe muito tempo dentro d'água; devem ser cozidos com pouca água.

## O pão

É um alimento rico em hidrato de carbono, contendo 9% de proteína e muito pouca gordura. A proteína do pão, o glúten, é de grande valor nutritivo, e o amido está meio digerido pelo seu preparo. Devido à sua característica esponjosa, absorve água com facilidade e a mãe tem razão quando diz que seu filho não tem apetite porque come muito pão entre as refeições, ficando, como se diz, com o estômago cheio.

A casca do pão é formada de dextrina, um açúcar que se carameliza pelo calor. É crocante, quebradiça e

dourada. A expressão "o pão de cada dia" é verdadeira, porque o pão é um alimento que se altera com facilidade, e o tipo francês dito fresco tem de ser preparado diariamente. Sabemos que o miolo, que contém 30% de água, com poucas horas de umidade impregna a casca, esta amolece, e o pão perde suas condições principais e também seu sabor, que o faz tão apetecível. Se passar mais tempo, a água se evapora de todo e se converte em uma massa seca e dura. O pão dormido é de mais fácil digestão. O pão pode ser oferecido à criança dos dezoito meses em diante, com manteiga, mel, geleia, gelatina ou mesmo queijo, presunto ou carne, acompanhado de leite ou suco; este é o grande lanche da criança brasileira.

O pão, como é preparado e manejado, é fatalmente contaminado. A criança nos dois primeiros anos de vida deverá comê-lo sistematicamente torrado, esterilizado pelo calor. O mesmo cuidado deve-se ter com os biscoitos e as bolachas que não vêm empacotados.

## O tradicional café com leite

Do ponto de vista da alimentação da criança, o importante é saber que o café tem um alcaloide

típico, a cafeína, de conhecido efeito estimulante, podendo chegar a causar insônia. Entretanto, a cafeína deixa de atuar quando combinada às albuminas do leite, pelo que o emprego de café com leite não tem qualquer restrição na infância e pode ser permitido a partir do segundo ano de vida. Depois de dois anos, acompanhado de pão com manteiga ou mel, biscoitos e uma fruta, é um excelente lanche.

## Suflê

Os suflês são purês concentrados aos quais se misturou clara de ovo bem batida; ao ser posta no forno, o calor dilata as borbulhas de ar, formando uma espuma. Quando a massa é aquecida, ela adquire uma consistência porosa, esponjosa, o mesmo fenômeno que acontece na fabricação do pão. O suflê, composto de massa de farinha de trigo, acrescida de queijo e ovos, constitui um alimento completo e nutritivo, que pode ser oferecido à criança porque é importante desde cedo habituá-la à variedade de alimentos.

Não devemos nos esquecer de que a criança entre um e dois anos começa a preferir comer a comida dos adultos. Manter por muito tempo uma alimentação

baseada em mingaus e papinhas não é aconselhável.

## As saladas

As saladas de legumes e verduras poderão começar a ser aceitas por volta dos dezoito meses, não sendo, entretanto, dos alimentos de maior agrado da maioria das crianças. Pode-se iniciar com a salada de alface e tomate, mas temperada com suco de limão (não use vinagre) e azeite. As saladas são alimentos que contêm vitaminas e sais minerais, mas são de baixo valor calórico. Assim, elas deverão sempre ser acompanhadas de carne ou ovos. O principal problema das saladas é que elas são preparadas com verduras cruas.

As verduras cruas, isto é, as folhas que podem ser comidas cruas, deverão ser escolhidas com muito cuidado, pois são veículo de parasitas e seus ovos, além da inconveniência da manipulação anti-higiênica pelos vendedores e a possibilidade de virem de áreas e hortas irrigadas por águas não tratadas. Esta situação obriga que as folhas sejam lavadas uma de cada vez em água corrente. Deve-se usar cloro na lavagem das folhas; atualmente existem diluições que pode-se comprar prontas em supermercados com a

concentração necessária de cloro para eliminação de bactérias. Das verduras cruas não há dúvida de que a preferida é a alface, rica em vitamina A e sais minerais, como ferro e cobre. As folhas mais centrais da planta, mais claras, são as mais saborosas, entretanto menos ricas em vitamina A do que as verdes. Podem ser dadas picadas, temperadas com suco de limão, desde os dezoito meses, sem qualquer inconveniente. A salada de alface e tomate é geralmente a primeira salada ingerida pela criança.

## ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA OS DEZOITO MESES

**1)** Problemas dos pés e pernas

**2)** A criança que custa a falar

**3)** A praia e o banho de mar

**6)** O controle das evacuações

**7)** Os brinquedos e as brincadeiras

**8)** O medo na criança

**4)** A natação do bebê

**5)** A moleira

**9)** O sono

**10)** O banho

## PROBLEMAS DOS PÉS E PERNAS

Entre o primeiro e o terceiro ano de idade, algumas crianças podem apresentar irregularidades na posição dos pés — "pé chato" ou "pé de periquito"; nos tornozelos, pé pronado; nos joelhos, junteiro (genuvalgo); nas pernas, tíbia vara (canela torta); e nas pernas e coxas simultaneamente (genuvaro), algumas crianças podem apresentar ao mesmo tempo duas ou três irregularidades.

As consequências dessas irregularidades manifestam-se pelos mais variados sinais e sintomas: dor nas pernas ao deitar, falta de equilíbrio, quedas frequentes, cansaço fácil, pedindo constantemente para ser levada ao colo, dificuldade em correr, pouca inclinação às brincadeiras em grupo. A postura da criança se apresentará defeituosa, sobretudo dos dois

aos seis anos. A criança, quando de pé e vista de lado, empurra a barriga para a frente e as costas para trás.

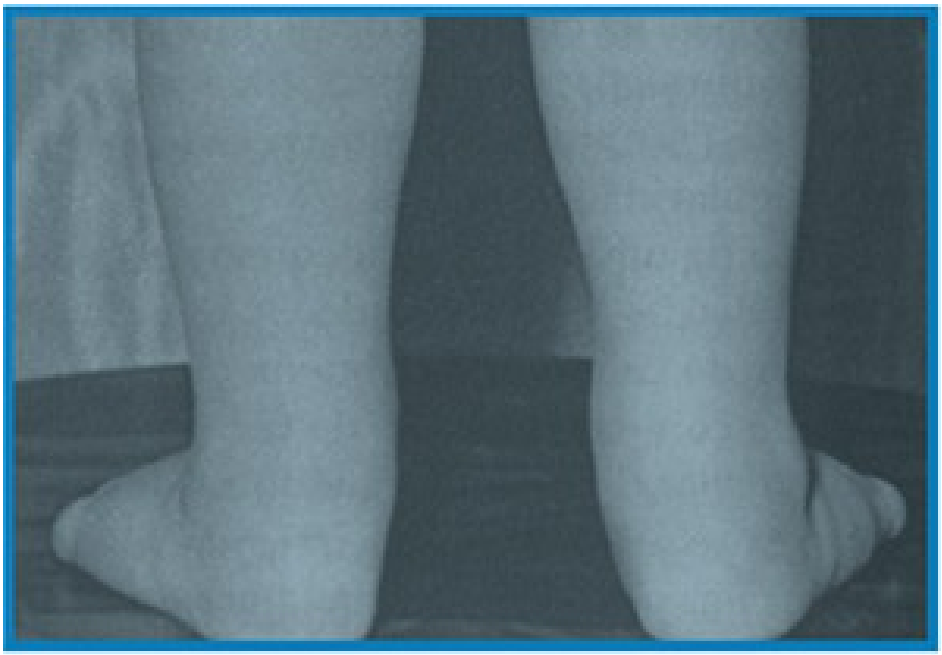
A criança comumente não consegue localizar a fonte de suas dores nas pernas, principalmente à noite; às vezes sendo nas pernas (músculos), nos ossos, nas articulações (juntas); admite-se ser a causa o rápido crescimento ou a grande atividade muscular durante o dia; seria uma forma de fadiga muscular. Logo após a criança ficar em repouso, ao deitar, massagens e compressas quentes são as práticas usadas para aliviar a dor.

## Pé chato

É uma condição mecânica bastante comum. O arco longitudinal interno do pé está relaxado, permitindo que toda a planta do pé toque o solo.

A maioria das crianças nasce com esta propensão e vai se ajustando com o tempo até completar dez anos. Não é mais indicado o uso de botas ortopédicas regularmente, apenas em raros casos. Para a maioria das crianças, como inúmeros estudos têm demostrado, o melhor é andar descalço e usar sapatos flexíveis. Suportes artificiais, de metal ou de plástico, estão contraindicados.

## Pé pronado



Também chamado "rodado" (tornozelo frouxo), é a anormalidade mais frequente dos pés. Revela-se precocemente, logo que a criança começa a ficar de pé, exigindo tratamento e diagnóstico corretos e rápidos. É um defeito congênito, de origem pré-natal,

e com características raciais e familiares.

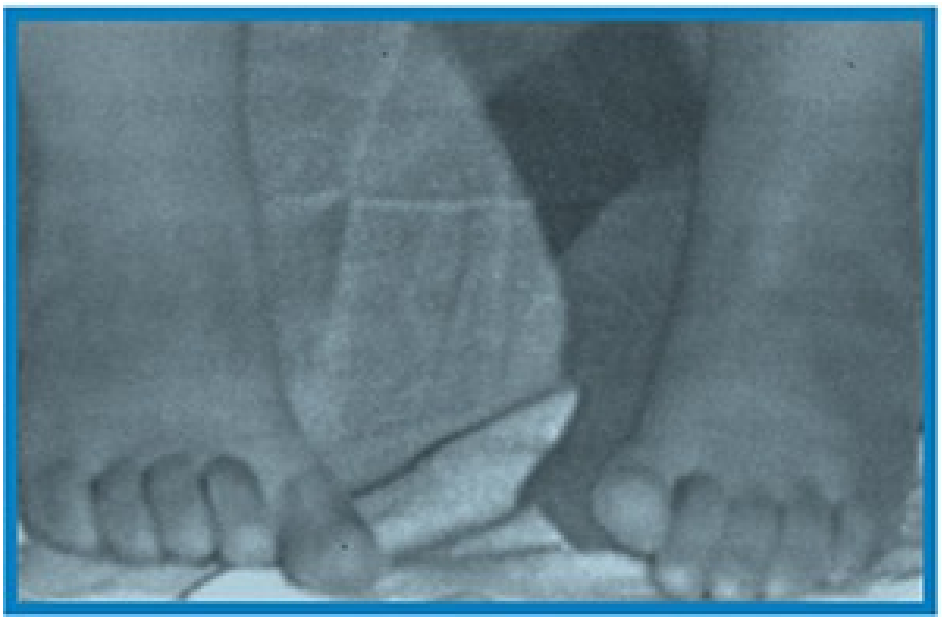
Os "pés de Carlitos" são a forma exagerada e cômica desta anomalia. As crianças portadoras desta anomalia geralmente andam tarde, são desajeitadas, caindo facilmente, acusando dor na sola dos pés, nas panturrilhas e nos joelhos. O modo defeituoso de sentar no chão, sobretudo para ver televisão ou deitar, agrava esta propensão.

## Genuvalgo

Esta anomalia postural é relativamente frequente na infância. Na criança normal, de pé, com ambos os pés apontando paralelamente para a frente e a face interna dos joelhos nus apenas justaposta, a distância interna entre os dois tornozelos não deve exceder 4cm a 8cm. O genuvalgo é mais comum nas

meninas do que nos meninos. É fisiológico a criança apresentar este achado até os seis anos de idade sem que isso se torne um problema. As causas mais frequentes são postura deficiente ao se sentar e ao deitar, pronação do pé, doenças crônicas, sobretudo desnutrição. O tratamento, dependendo da gravidade do caso, é cirúrgico.

## Pé convergente ("pé de periquito" — supinado)



Esta anormalidade se caracteriza pela convergência dos dedos de ambos os pés para a linha média. É também conhecida por alguns como "pé de pombo". A criança apresenta andar desajeitado, mais acentuado quando corre ou se andar mais depressa, sendo

comum tropeçar sobre si mesma, caindo com facilidade.

## Torção tibial (canela torta)

A anomalia denominada torção tibial é realmente a torção da tíbia (canela). Difere do genuvaro porque os joelhos se apresentam normais, verifica-se o arqueamento entre os joelhos e os tornozelos; as coxas estão em posição correta.

Logo que a criança começa a ficar de pé é comum ela apresentar esta posição que tanto impressiona seus pais, parentes e amigos.

Este arqueamento pode ser notado, às vezes, antes de a criança ficar de pé.

## Genuvaro

É a anomalia postural inversa do genuvalgo. Neste caso, os joelhos não estão juntos, e sim separados; são os "cambotas" (jóqueis). São normais até dois anos de idade, já que são secundários ao posicionamento da criança no útero. Porém, com o crescimento e desenvolvimento da criança, o problema vai se

resolvendo. Crianças que permanencem com o problema além dos dois anos devem ser investigadas e receber tratamento.

Apesar do aspecto impressionante desta irregularidade, a prescrição e o uso precoce e permanente de órtese é recomendado para corrigir o problema. A possibilidade de raquitismo deverá ser examinada por meio de uma radiografia e deverá ser feita a prescrição de vitamina D, banhos de sol e ingestão de leite, assim como a avaliação de desnutrição e alterações ósseas. Em raros casos onde não existe resolução com órteses e a criança apresenta dificuldade e dor ao deambular é necessário o procedimento cirúrgico.

## A CRIANÇA QUE CUSTA A FALAR

O estudo dos problemas da fala constitui, nos dias de hoje, uma especialidade bem definida, com suas técnicas próprias e excelentes resultados. O que interessa é o problema da criança que não fala, apesar de ter um desenvolvimento motor normal, isto é, que sustentou a cabeça com três meses, sentou-se aos seis,

ficou de pé aos nove e ensaiou os primeiros passos aos doze meses, que apresenta bom comportamento pessoal e social e compreende tudo o que se diz.

A criança começa a usar os sons, a balbuciar, entre seis meses e um ano. Emprega sílabas duplicadas: "babá", "mamã", "dadá".

Para as meninas aos quatorze meses e para os meninos aos quinze, as palavras começam a ter um sentido reconhecível.

Se até os dezoito meses a criança não conseguir dizer qualquer palavra, o pediatra deverá ser alertado. Muitas crianças falam tarde porque não sentiram necessidade de falar antes, são filhos de pais superprotetores ou superindulgentes, bastando apontar ou ameaçar chorar para obterem tudo o que desejam. Outras são atemorizadas por pais severos demais ou muito exigentes.

Normalmente, em cada grupo de cem crianças, cinco têm problemas mais ou menos graves, em geral com dificuldade de ajustamento social e de personalidade.

As causas que podem interferir na função da linguagem são de natureza diversa: a genética, isto é, uma característica familiar, a condição social e econômica dos pais, a situação emocional do casal, o

ambiente, o local em que a criança vive. De todas, entretanto, a integridade neurológica tem maior importância. O bebê nascido de gravidez atribulada ou parto difícil poderá ter problemas. No desenrolar do primeiro ano de vida, as possibilidades de agressão ao sistema nervoso central são diversas. Entre elas, podemos destacar: coqueluche, encefalite viral, viroses de evolução demorada, meningite, desidratação, obrigando a hidratação por via venosa durante alguns dias, quedas, desastres automobilísticos, doença infecciosa dolorosa de longa duração.

A função da linguagem é altamente complexa, porque depende de quatro fatores: a inteligência, a personalidade, a normalidade do sistema nervoso central e da audição e dos órgãos periféricos da fala. Alguns fatores também podem ser levados em consideração, como otites repetidas nos dois primeiros anos de vida, hipertrofia das adenoides e das amígdalas, e, por último, a célebre "língua presa", tão conhecida, e que raras vezes é a responsável. Geralmente aos dezoito meses o vocabulário é de dez a vinte palavras; a criança responde ao significado das palavras por gestos, modificação do tom da voz e movimentando-se; usa as palavras para exprimir suas necessidades; somente de 10% a 25% de suas

palavras são compreendidas, pois o uso das vogais não é constante, consistente, havendo emissão das consoantes tanto ao início como no final das suas palavras.

Ela já usa duas palavras para fazer uma sentença: "mamã vai" e "nenê qué". O vocabulário aumenta diariamente.

Tão logo o pediatra confirme a suspeita de que a criança entre dezoito e 24 meses ainda não fala, terá de recomendar, em primeiro lugar, uma fonoaudióloga. Entretanto, não poderá esquecer outros especialistas se houver necessidade, como um neurologista, psicólogo, psiquiatra, otorrinolaringologista. Em alguns casos anatômicos (defeitos), a cirurgia plástica é a solução. Não podemos esquecer que a habilidade, o brilho da palavra, é uma característica exigida por inúmeras profissões. Ensinar os nossos filhos a falar bem desde o início é facilitar o seu futuro.

## Quando a criança não fala até os 24 meses de vida, os pais deverão observar cuidadosamente

**a)** Se ela emite a palavra através dos sons que se

assemelham vagamente a palavras. Isto é um bom sinal, pois ela prova que deseja falar.

**b)** Se os seus brinquedos são os mesmos de crianças da sua idade e se ela termina aquilo que começa; por exemplo, terminar uma pirâmide de dados é um bom sinal, pois indica um desenvolvimento intelectual satisfatório.

**c)** Se a criança, quando os pais a chamam sem que ela os veja, vem a seu encontro, é prova de que ela ouve, condição necessária para falar. *A surdez é com efeito a causa mais importante do atraso da linguagem.* Não é fácil seu diagnóstico, porque a criança pode apresentar uma forma parcial (incompleta) de linguagem. TODAS AS CRIANÇAS NESTA IDADE QUE NÃO FALAM DEVERÃO FAZER UMA AUDIOMETRIA PARA CHECAR DÉFICITS AUDITIVOS PARCIAIS.

**d)** Pode-se tratar, entretanto, de ela não sentir necessidade de falar porque os pais atendem imediatamente a todos os seus desejos ou, então, ela apresentou sofrimento devido a um evento familiar, nascimento de um irmãozinho, separação dos pais, afastamento da babá. É necessário, neste caso, dedicar à criança maior ternura; castigos e ameaças produzem efeitos nocivos.

**e)** O bilinguismo, caso em que são aprendidos dois idiomas ao mesmo tempo, é outra causa de atraso da fala.

## A PRAIA E O BANHO DE MAR

A nosso ver, dos dezoito meses em diante é a ocasião indicada para levar a criança mais desembaraçada e resistente à praia. Porém deverão ser seguidas algumas instruções:

**a)** Duração — no máximo uma hora de cada vez, sendo permitido levá-la pela manhã e à tarde.

**b)** Horário — no verão, pela manhã, entre sete e nove horas, e à tarde, entre as quatro e as seis.

No inverno, pela manhã, das nove e meia às dez e meia, e à tarde, entre três e quatro horas.

**c)** Use filtro solar com fator de proteção 15 ou mais e boné ou chapéu; os filtros solares podem ser usados após seis meses de idade e deve-se passar várias vezes ao dia.

**d)** Ocupe a criança com baldes e pazinhas de plástico. Deixe-a brincar com a areia e a água.

**e)** Não a leve nos dias de vento forte.

**f)** Deixe-a brincar mais próximo da água, onde a areia é fria, evite a areia quente (vigie-a).

*Procure praias mansas e limpas e sempre proteja a criança do sol.*

Foto: Image Source/Folhapress

**g)** Os tecidos da roupa de banho não deverão provocar alergia; observe se sua pele aceita tecidos de lã, náilon, dácron etc. Use preferencialmente roupas claras que tenham fator de proteção solar.

**h)** Permita à criança entrar na água quando ela

quiser; ela poderá ficar uns dez minutos de cada vez; depois a interrompa, sem conflitos, arranjando um motivo aceitável, e deixe-a voltar, após dez ou quinze minutos; assim poderá entrar na água umas três ou quatro vezes cada vez que for à praia.

**i)** Nunca obrigue a criança a entrar na água à força; pais que carregam à força seus filhos, que berram apavorados e mergulham com eles, ou então somente os mergulham, estão cometendo quase um crime. O bebê ficará apavorado e, se começar a urinar, à noite, na cama, ou apresentar terror noturno e outros desvios, não há o que estranhar.

**j)** Se a pele ficar vermelha, por ser sensível à exposição solar, é aconselhável a aplicação de pasta d'água, duas a três vezes por dia, além de reforçar a hidratação da pele.

**k)** Voltando da praia, dê suco de fruta ou água de coco e um banho na criança, de preferência de chuveiro (ou a borracha ligada à torneira). Ofereça líquidos em abundância.

**l)** Observe se a criança não fica muito cansada ou excitada com o banho de mar. Caso positivo, diminua o tempo de permanência na praia.

**m)** Evite levá-la aos domingos ou quando houver

grande frequência de jogos de futebol e frescobol; não a mande com vizinhos, nova babá ou pessoas inexperientes. Embora ela deva se sentir livre nos movimentos e brincadeiras, deve estar constantemente vigiada por alguém a pouca distância.

**n)** Deve ser evitado que o corpo ou a roupa seque ao vento; convém enxugá-la com a toalha logo que saia da água.

**o)** Não a deixe nua, e sim sempre vestida com o calçãozinho: a criança sentada na areia pode apresentar furunculose, micoses, *larva migrans*; a proteção da pele através da vestimenta é muito importante para o bebê.

**p)** Procure se informar quanto à contaminação da água do mar — se a água estiver com nível elevado de coliformes, a criança deverá ir a uma praia que não esteja poluída.

## O bebê deve aprender a nadar?

Ultimamente tem sido despertado o interesse sobre a questão de se iniciar o exercício da natação em bebês muito novos. Na França, na Escola Nacional de Educação Física e Esportes, os especialistas estão

observando a criança aprender a nadar desde os quatro meses de idade.

Entretanto, eles chegaram à conclusão de que o lactente só apresenta completa autonomia, executando os movimentos característicos da natação propriamente dita, por volta dos dezoito meses, quando chegam até a nadar sozinhos. O aprendizado tem de ser feito com muito cuidado; aconselha-se iniciar o desenvolvimento da natação a partir de seis meses de idade (quando a maioria das crianças já adora água e torna-se uma atividade lúdica) com profissionais capacitados de educação física acompanhados de um responsável em que a criança confie (pai, mãe, avós). Os especialistas preconizam que o treinamento deverá ser feito em água com temperatura entre 26ºC e 32ºC, em função da estação do ano, com sessões diárias de, no máximo, vinte minutos, capazes de provocar no bebê sensação de bem-estar, prazer e alegria. Pessoalmente, julgamos que a questão do aprendizado depende do estado emocional do bebê, e nem todos estão aptos a serem submetidos a exercícios desta natureza. Entretanto, não deixamos de reconhecer que, aos que são capazes e gostam, é útil, pois melhora a função respiratória, fazendo-os aprender rapidamente a

regular e a automatizar seus movimentos respiratórios. Crianças alérgicas podem reagir mal às elevadas concentrações de cloro nas piscinas e também à água fria, iniciando uma crise de coriza e asma. Deve-se dar preferência às piscinas com água salinizada e não clorada para evitar irritação da pele e dos olhos.

## A MOLEIRA

Aos dezoito meses a moleira (fontanela) já deverá estar fechada. O seu fechamento se inicia com um ano de idade, quando a área da moleira já se torna endurecida. O fechamento precoce (craniossinostose) pode levar a problemas neurológicos e requerendo cirurgia corretiva em raros casos. O fechamento tardio ou o aumento do tamanho da moleira pode ocorrer por hidrocefalia, tumores e outros problemas mais raros. Basta passar a mão por cima da cabeça da criança e sentir que a caixa craniana está igualmente soldada. Se isto não acontecer, é sinal de que há um distúrbio na assimilação do cálcio, devido à deficiência da ingestão de leite, de vitamina D e falta

de ar livre e sol. A possibilidade de um início de raquitismo deverá ser analisada.

## O CONTROLE DAS EVACUAÇÕES

Esta função depende mais do desenvolvimento dos centros sensoriais, do cérebro e da capacidade muscular do que dos métodos de disciplina. Os pais não devem ter pressa ou severidade com o treinamento. Às vezes é possível perceber que ele está com vontade e colocá-lo imediatamente no "troninho" para estabelecer o hábito. Dê preferência ao início do ensino no verão, por ser mais fácil deixar a criança com menos roupa e mais fácil a lavagem das mesmas.

Trocar as fraldas por calcinhas e cuecas adequadas pode fazer com que a criança se sinta "promovida" e ajudar no treino. Porém, os pais deverão estar preparados para verem o seu filho depois dos dezoito meses evacuar a qualquer momento, sem aviso prévio, até os dois anos e meio.

O controle total da micção é mais tardio do que o da evacuação, geralmente ocorrendo aos três anos.

Coloque a criança no troninho ao acordar, após as refeições e ao se deitar; isto sistematicamente poderá ajudar. As meninas aprendem mais cedo do que os meninos.

A enurese noturna é normal até os sete anos de idade.

## OS BRINQUEDOS E AS BRINCADEIRAS

Aos dezoito meses ela ainda não estará em condições de brincar com as outras crianças, apesar de se interessar por elas e brincar ao seu lado. Gosta de brincar com bolas, joga-as mas não sabe recebê-las de volta. Gosta de correr, de pegar e de ser pega. Diverte-se brincando de esconde-esconde. Adora barulho, e quanto mais alto mais contente fica. Usa o telefone, fingindo que fala. Liga o rádio para ouvir música e dançar.

## É NORMAL A CRIANÇA SENTIR MEDO?

Nesta idade é comum a criança sentir medo de coisas diferentes e estranhas ao seu habitual. Ela tem medo do Papai Noel, de desconhecidos e de pessoas que conhece pouco. Geralmente aprende a ter medo de outras crianças, empregadas e adultos, tem medo de ratos e baratas, provocado pelos gritos da mãe e de outras pessoas, porém não tem medo de animais grandes, o que é um perigo. Seu maior temor é o de ficar só, sem sua mãe, com estranhos, sobretudo na hora de dormir. A mãe ausente, nervosa ou pouco carinhosa também lhe inspira falta de segurança. Os temores muito intensos e demorados podem ser prejudiciais ao desenvolvimento da personalidade.

É impossível evitar sustos, temores e ansiedade no decurso da infância. A ausência da mãe por contingências inevitáveis, como internação hospitalar, viagens etc. é a grande causa da sua ansiedade.

As injeções, os tratamentos médicos, o dentista, o trovão, as tempestades, a agressão de cachorros são fatos da vida da criança, geralmente sem maiores consequências.

*O quarto sossegado ajuda o sono da criança.*

## O SONO

Geralmente ela acorda às seis ou às sete da manhã, alegre e pedindo para que a tirem do berço. Outras

ficam chupando o dedo ou a chupeta e permanecem na cama quando dormiram mal, ou pouco, ou se estão com fome. O acordar sistematicamente aborrecida ou de mau humor deverá ser comunicado ao pediatra. Ela dorme, em média, dez a doze horas, com uma soneca durante o dia de uma ou duas horas. Antes de dormir algumas "conversam" com seus bichinhos e bonecos. Algumas dão sinal de sono, pegando seu travesseirinho. A criança começa a sonhar ativamente. As que acordam assustadas devem ser tranquilizadas. A voz materna as tranquiliza, mesmo a distância. Nunca acenda a luz ou leve-as ao colo. Os pesadelos podem acontecer já nessa idade.

*A temperatura da água do banho deve variar de acordo com a época do ano.*

## O BANHO

As crianças gostam de banho. No caso de não

quererem, é porque devem ter tido algum problema no banho anterior — como sabonete nos olhos, engoliram água sem querer, bateram com a cabeça, escorregaram na banheira.

O bebê aprendiz gostará de participar, passar o sabonete no corpo, se enxugar com a toalha. A pessoa que lhe dá banho deverá lhe dar uma pequena oportunidade. Deve-se usar sabonete neutro (glicerinado etc.). A temperatura do banho deve variar de acordo com o inverno ou verão. No verão, o bebê pode tomar dois ou mais banhos por dia.

Capítulo 25

# A dentição

## Cuidando dos dentes do bebê

# A dentição

*O momento da escovação dentária deve ser descontraído, para estimular a criança a manter uma boa higiene bucal.*

Conhecendo os fatores envolvidos no aparecimento da cárie na primeira infância, os pais podem contribuir diariamente adotando

medidas preventivas favoráveis ao desenvolvimento bucal do seu filho.

É importante ressaltar que a família representa o modelo de comportamento para a criança. Desta forma, pai, mãe, avós, babás, pessoas próximas e demais responsáveis pelas crianças precisam ter atitudes positivas e saudáveis!!! Sabemos que a alimentação tem papel importante no crescimento e desenvolvimento do bebê e os hábitos alimentares estão diretamente ligados à dieta consumida pela família. Aquela criança que convive com uma dieta baseada em açúcar e carboidratos apresentará maior chance de adquirir cárie. Precisamos ter em mente que os hábitos acabam fazendo parte de uma rotina que deve ser a mais saudável possível para que o bebê se torne uma criança saudável e um adulto feliz.

## CUIDADOS COM A MAMÃE AINDA NA GRAVIDEZ

Além dos cuidados médicos recebidos durante o acompanhamento pré-natal, a futura mamãe deve ser orientada a adotar uma dieta variada, rica em cálcio e

proteínas, vitaminas, sais minerais, elementos importantes para a formação de dentes e ossos, bem como o crescimento e desenvolvimento do feto. O consumo de carboidratos e gordura deve ser controlado durante a gravidez. Já se sabe que o paladar do bebê se desenvolve ainda dentro da barriga da mãe. Aquela mãe que possui uma dieta baseada em carboidratos (açúcar) influenciará o seu bebê a receber alimentos açucarados. Além disso, o consumo frequente de doces, biscoitos, massas, bolos e pães aumenta a formação de biofilme (antigamente conhecida como placa bacteriana) na boca da mãe, comprometendo não só a sua saúde bucal, mas também seu estado geral.

Levando-se em consideração que a cárie é uma doença infectocontagiosa, a mãe deve apresentar boa condição dentária a fim de diminuir (minimizar) a possibilidade de transmitir ao bebê as bactérias (*Streptococcus mutans*) causadoras de cárie após o nascimento da criança. Desta forma, seria conveniente que toda gestante consultasse seu dentista regularmente, além de redobrar sua atenção com a higiene oral. Durante a gravidez, o segundo trimestre parece ser o mais indicado ao tratamento dentário em caráter não emergencial. Consultas

emergenciais, fora do período considerado mais seguro, podem ser feitas, e nesses casos o dentista saberá como conduzir o tratamento, colocando a cadeira odontológica nas posições mais confortáveis e utilizando, quando for o caso, as medicações específicas mais seguras. Se a gestante sentir dor ou perceber sangramento na gengiva, ela deve procurar o dentista a qualquer momento. Embora o sangramento gengival seja algo frequente, não é uma característica normal.

## AO NASCIMENTO...

O desenvolvimento da face e da cavidade bucal se inicia precocemente entre a quarta e a oitava semana de vida intrauterina. Por volta da sexta semana de gestação os dentes de leite começam a se formar, de modo que, ao nascer, o bebê apresenta os dentes de leite, não visíveis na cavidade oral, ainda incompletos na maxila e na mandíbula. Também ao nascer, observamos radiograficamente o início da calcificação dos primeiros molares permanentes, que aparecerão na boca por volta dos seis anos de idade, sem que

nenhum dente de leite tenha caído. Esses primeiros molares são dentes definitivos e não serão trocados.

É importante ressaltar que fatores genéticos e ambientais durante a gestação podem acarretar alterações de desenvolvimento da boca e face do embrião, percebidos ao nascimento. Uma dessas alterações são as fissuras labiais ou labiopalatinas.

## Fissuras labiais ou labiopalatinas

As fissuras labiais ou labiopalatinas constituem as mais comuns de todas as deformidades congênitas. Define-se por "doença congênita" a enfermidade que o bebê já tem ao nascer. As fissuras labiopalatinas são resultado da falta de união entre os processos faciais durante a formação da face do bebê na vida intrauterina.

Vários estudos epidemiológicos, experimentais e genéticos têm sido realizados a fim de se estabelecer a relação causa-efeito para o surgimento dessa má-formação, sendo que dois fatores parecem determinantes: genéticos e ambientais. No que tange aos fatores ambientais podemos citar a bebida alcoólica e alguns medicamentos ingeridos durante a gestação, em particular no primeiro trimestre, que

aumentam o risco de má-formação. Esses fatores podem atuar simultaneamente ou isoladamente e de acordo com sua intensidade, susceptibilidade do indivíduo, tempo de atuação e o período de gravidez. Os fatores de risco determinarão o tipo de fissura e seu grau de complexidade.

Os tipos de fissuras variam de acordo com as partes afetadas da boca, podendo ser pequenos defeitos, envolvendo exclusivamente o lábio superior, fissuras labiais (lábio leporino), até o tipo mais complexo, que afeta tanto o lábio superior quanto a não junção óssea do palato, fissuras labiopalatais (céu da boca).

O Brasil dispõe de hospitais e centros de atendimento para tratamento de crianças portadoras de fissuras labiopalatinas. A maioria conta com uma equipe multidisciplinar (cirurgião plástico, otorrinolaringologista, dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogos e pediatras). Ao chegar ao hospital a criança será acolhida pela equipe, que planejará todo o tratamento necessário, como época oportuna para a cirurgia de correção da fissura e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento facial.

## Dentes natais e neonatais

Alguns bebês podem apresentar um ou mais dentes ao nascimento, que são denominados dentes natais. Em outros casos, os dentes podem surgir na cavidade bucal após o nascimento, mas ainda no primeiro mês de vida, e estes são denominados dentes neonatais. Geralmente estão localizados na parte mais anterior do arco dentário inferior e costumam chamar muita atenção dos pais. Normalmente, os dentes natais ou neonatais são os que fazem parte da dentição de leite, mas em alguns casos, o que é raro, podem ser dentes extras. Em tais situações, é importante que o odontopediatra seja consultado.

Se os dentes apresentarem a borda cortante podem causar ferimentos e ulcerações nos mamilos da mãe e na boca da criança, principalmente na parte inferior da língua. Os ferimentos podem comprometer o aleitamento materno. Além disso, o dente pode ter nascido sem que a raiz esteja total ou parcialmente formada e apresentar grande mobilidade (dente mole), correndo o risco de se desprender durante a amamentação e de ser deglutido ou aspirado pela criança. Neste caso a remoção do dentinho está ainda

mais indicada, se atrapalhar a amamentação e a nutrição.

## Nódulos de Bohn e pérolas de Epstein

São pequenas alterações em forma de bolinhas com cor branco-amarelada, que podem aparecer isoladas ou em grupo. Em geral aparecem nos primeiros dias de vida ou próximo do primeiro mês. Algumas vezes podem aumentar de tamanho, ficando bem visíveis.

A diferença entre eles é a localização: os nódulos de Bohn localizam-se ao redor da gengiva, sendo mais frequentes no arco superior, e as pérolas de Epstein no meio do palato (céu da boca). E geralmente desaparecem nos primeiros meses de vida sem a necessidade de tratamento.

## Amamentação e aleitamento artificial

Sempre que possível deve ser dada preferência ao aleitamento materno. Veja por que:

**a)** A amamentação promove uma troca de carinho entre a mãe e o bebê, contribuindo para o desenvolvimento emocional da criança.

**b)** Supre as necessidades nutritivas do bebê.

**c)** Confere defesa ao bebê pela presença de anticorpos existentes no leite materno.

**d)** Promove um crescimento e desenvolvimento facial harmônico; a sucção faz com que o bebê fortaleça seus músculos da face, preparando-os para a mastigação e a fala.

**e)** A criança que mama bem no peito, até os seis meses de vida, tem menos riscos de adquirir hábitos bucais não nutritivos (sucção de dedo/chupeta).

**f)** Diminui a possibilidade de ingestão de alimentos açucarados (pelo preparo de mamadeira)

**g)** O aleitamento materno é prático, seguro e saudável!

## Ato de amamentar

A amamentação vai além do simples fato de alimentar o bebê. Para que realmente haja a troca de carinho e o bebê receba toda a atenção necessária, a família deve propiciar um ambiente tranquilo. No ambiente escolhido, a mãe deve encontrar silêncio, e o ideal é que ela se acomode confortavelmente. Ainda na maternidade a mãe deve ser orientada quanto à

melhor maneira de posicionar o bebê no colo durante a amamentação.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, é importante que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de vida. As crianças alimentadas dessa forma têm um trabalho muscular intenso e contínuo para a obtenção do leite, provocando fadiga momentânea desta musculatura, saciando a necessidade natural de sucção, fato que contribui para evitar hábitos deletérios como, por exemplo, a sucção do dedo e chupetas.

A partir do sexto mês pode ser iniciada a complementação com outros alimentos. Por essa época, o bebê já é capaz de controlar as funções dos lábios e de se sentar sozinho, sendo o momento ideal de transição de alimentação líquida para pastosa (papa de frutas, sopinhas, maçã raspada etc.).

É importante ressaltar que a criança, nessa fase, está adquirindo hábitos alimentares que, provavelmente, a acompanharão por um bom período de sua vida, assim devemos:

**a)** Oferecer alimentos líquidos em copinhos e colheres, no lugar da mamadeira, a fim de desestimular o seu uso.

**b)** Não acrescentar açúcar (sacarose), nem mel, em bebidas (mate, sucos de frutas etc.). Aliás, por falar em mel, esse tipo de alimento só deverá ser oferecido após os doze meses de vida.

**c)** Evitar os biscoitos e as guloseimas, pois a composição e a consistência dos alimentos estão relacionadas com aparecimento de cárie. Quanto mais tempo os resíduos alimentares ficarem em contato direto com a superfície dentária, maior a probabilidade de cárie.

**d)** Oferecer doces, quando for o caso e com a orientação do pediatra, basicamente como sobremesa, pois após as refeições o fluxo salivar está aumentado, ajudando na proteção dos dentes, e teremos a certeza de que os dentes serão escovados.

**e)** Basear a dieta em alimentos naturais e se possível ricos em fibra, o que promove a autolimpeza das superfícies dentárias, além de estimular o desenvolvimento dos músculos faciais, contudo a escovação dentária deve ser motivada.

**f)** Evitar oferecer alimentos toda hora! Já se sabe que aquelas crianças que comem pequenas quantidades de alimentos (geralmente sucos, biscoitos) em pequenos intervalos estão mais susceptíveis ao aparecimento de

cárie e, além disso, provavelmente perderão o apetite nas principais refeições.

Os horários de alimentação devem ser respeitados!

Muita atenção! Pesquisas demonstraram haver relação entre o aparecimento de cárie "tipo mamadeira" e o fato de a criança dormir mamando. A higiene oral do bebê deve ser feita após qualquer alimentação, o bebê não deve dormir com resíduos alimentares na boca.

## Uso da mamadeira

Nos casos em que o aleitamento materno não se faz de maneira exclusiva (por motivos diversos) a mamadeira será utilizada. O ideal é que se consiga conciliar aleitamento materno mais complementação com mamadeira e, tão logo possível, manter apenas o leite materno, com o objetivo de que a criança se beneficie das vantagens da amamentação natural. Quando precisarmos utilizar a mamadeira, devemos estar atentos em também transmitir atenção e carinho ao bebê.

## Qual mamadeira escolher?

Se for necessário o uso de mamadeiras, tente propiciar condições próximas ao aleitamento natural. Durante a escolha da mamadeira os formatos do bico são imprescindíveis para uma boa adaptação do bebê, fazendo com que suas sensações e estímulos de sucção sejam próximos ao natural. Devemos considerar: flexibilidade, comprimento, tamanho, posição do furo, posição na cavidade oral e consistência do alimento.

Quando possível dê preferência às mamadeiras com bico ortodôntico, pois seu formato auxilia o vedamento labial devido ao seu achatamento, dando maior apoio aos lábios.

Por possuir o furo de saída do líquido na região superior do bico, impede que o leite se direcione diretamente para a região posterior da cavidade oral, auxiliando o bebê na coordenação sucção-respiração-deglutição, diminuindo engasgos e riscos de asfixia durante a amamentação.

O tamanho do orifício do bico também tem importância para que, ao sugar, o bebê possa estimular o desenvolvimento dos músculos faciais. Se o furo for muito grande, a quantidade de leite ingerida será aumentada em relação ao peito materno, diminuindo os estímulos faciais, e a necessidade

natural de sucção não será saciada. O bico da mamadeira deverá ser sempre higienizado e trocado quando se apresentar ressecado, com o buraco aumentado ou conforme a boca do bebê for crescendo (alguns fabricantes possuem bicos ortodônticos de diferentes números, de acordo com a idade do bebê).

## Uso da chupeta

O bebê, ainda na vida intrauterina, experimenta o ato de sugar de maneira reflexa, sugando a língua, lábios e até os dedos.

Ao nascimento a sucção já está desenvolvida e é de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento do bebê.

A boca e suas estruturas são muito sensíveis e através dela o bebê experimenta o primeiro contato com a mãe, tendo muito prazer, carinho e conforto emocional.

Algumas crianças não satisfeitas plenamente com o tempo em que sugam o peito ou a mamadeira podem demonstrar certa inquietação após terem sido alimentadas. A chupeta pode ser utilizada para acalmar a criança que não tem a sucção satisfeita por

completo, porém para oferecê-la em tais situações é preciso que os pais estejam atentos ao comportamento do bebê. Oferecer a chupeta a cada demonstração de choro, inquietação ou irritabilidade pode contribuir para que a criança se condicione a "necessitar" da chupeta sempre que demonstrar alguma insatisfação, transformando o uso da chupeta em um hábito de difícil remoção.

Antes de dormir os pais até podem oferecer a chupeta ao bebê, tendo o cuidado de removê-la da boca assim que o bebê adormecer. As chupetas não devem ficar disponíveis pela casa nem presas ao corpo do bebê (uso de cordões). As chupetas ortodônticas são as mais indicadas, devendo ser trocadas de acordo com o crescimento da boca do bebê. Devem ser lavadas e se possível esterilizadas.

O uso prolongado das chupetas pode acarretar alterações tanto nos dentes propriamente ditos como nos arcos dentais da criança. As crianças que fazem uso da chupeta durante grande período do dia podem apresentar mordida aberta anterior ("boca de peixinho") e também mordida cruzada posterior. A força muscular provocada pelo ato contínuo de sucção da chupeta sobre o osso maxilar parece determinar essas alterações, trazendo consequências à

mastigação, à fala e à deglutição.

Se o hábito da chupeta (ou dedo) continuar após os dois anos de idade, pode causar problemas ortodônticos aos dentes permanentes.

A fim de distraí-la quando estiver irritada, o adulto poderá fazer brincadeiras, ler histórias e cantar para a criança, assim como estimular seu desenvolvimento motor.

Para a remoção do hábito da chupeta toda a família deve ser carinhosa com a criança, nunca utilizando métodos agressivos como apelidos, uso de pimenta ou castigos que podem afetá-la psicologicamente. Algumas vezes a chupeta é substituída pelo dedo, sendo este um hábito mais difícil de ser removido.

## Cárie

A cárie é considerada uma doença infectocontagiosa caracterizada pela destruição das estruturas dentárias. Para que ela se instale, vários fatores devem estrar presentes. São eles:

**a)** Dente (superfície dentária-hospedeiro).

**b)** Bactérias cariogênicas (grupo *Streptococcus mutans*).

**c)** Dieta (açúcar presente nos alimentos-substrato).

**d)** Tempo de exposição aos fatores de risco.

O desquilíbrio entre esses fatores é determinante para a ocorrência da cárie.

Na boca existem bactérias causadoras de cárie. Essas bactérias utilizam os restos alimentares, se organizam e colonizam a superfície dentária, formando um biofilme dental (conhecido no passado como placa bacteriana). O açúcar presente na dieta serve como fonte de energia a essas bactérias, tendo como resultado a produção de ácidos. A acidez do meio bucal favorece a saída de minerais (desmineralização) do esmalte dentário, que em desequilíbrio iniciam a lesão de cárie.

Nesta fase inicial da cárie, o esmalte dentário perde seu aspecto de superfície brilhante, assumindo um aspecto de mancha branca, opaca e de superfície rugosa. É importante ressaltar que, com a mudança de hábitos alimentares e de higiene somados à fluorterapia, esses procedimentos interrompem a evolução da cárie. Ao contrário, quando essas medidas não são adotadas, o acúmulo de biofilme dental fará com que o dente continue sofrendo ataques ácidos, perdendo cada vez mais minerais para

o meio bucal. A lesão de cárie que tinha aspecto de mancha branca assume um aspecto de cavidade (buraco) pela perda de apoio da estrutura do esmalte dentário. Nesta fase encontramos envolvimento da dentina (tecido subjacente ao esmalte dentário) e a criança poderá sentir dor ao provar alimento frio, quente ou doce. A dentina, por não ser tão mineralizada quanto o esmalte dentário, não confere tanta resistência à progressão da cárie, deste modo a cárie avança em direção à polpa dentária (canal do dente). Nestes casos, o tratamento endodôntico (tratamento de canal) está indicado, objetivando manter o dente de leite na boca até a época de sua troca pelo dente permanente. Quando não for possível manter o dente por conta de uma grande destruição, ele será extraído e o dentista usará aparelhos ortodônticos para que o espaço necessário para a erupção do dente permanente não seja perdido.

É importante ressaltar que a ingestão de sucos ou biscoitos entre as refeições causa uma situação favorável para a ação das bactérias presentes no meio bucal. Essas bactérias começam a surgir na boca, praticamente, junto com os dentes. Desta forma, é preciso iniciar o controle do biofilme dental assim

que os dentes começarem a surgir na cavidade bucal.

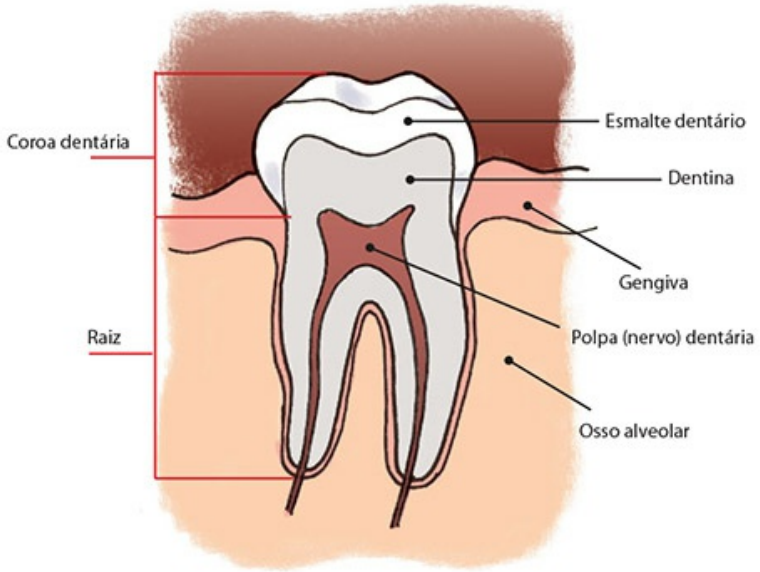
## E na boca, onde há maior acúmulo dessas bactérias cariogênicas?

Nas superfícies dentárias em que a remoção de placa bacteriana durante a escovação é mais difícil encontra-se maior número de bactérias cariogênicas, pois esses locais oferecerem melhores condições das bactéria se desenvolver. São elas:

**a)** Parte de cima (oclusal) dos dentes posteriores (molares decíduos e permanentes), onde a própria anatomia dental apresenta muitos sulcos e fissuras que retêm os alimentos residuais.

**b)** Nas áreas de contato de um dente com o dente vizinho (onde para uma perfeita higiene devemos usar fio dental, mesmo em criança).

**c)** Na região do dente próxima à gengiva (sulco gengival) onde o acúmulo de placa bacteriana pode causar gengivite (inflamação da gengiva).



a) Lesão de cárie limitada ao esmalte dentário

b) Lesão de cárie atingindo esmalte e dentina

c) Lesão de cárrie envolvendo a polpa dentária, necrose pulpar

## Caráter infectocontagioso da doença cárie

Já se sabe que a cárie é uma doença infectocontagiosa, isto é, pode ser transmitida de uma pessoa para outra. As bactérias causadoras de cárie podem ser transmitidas ao bebê através do contato com pessoas do meio familiar, sendo as mães e os

cuidadores os principais responsáveis por esta transmissão.

## O que podemos fazer para que esta contaminação seja a menor possível?

A mãe e as pessoas próximas ao bebê devem apresentar boa saúde bucal. Isto quer dizer que devem não só ter os dentes bem restaurados como também adequada higiene oral.

O potencial de transmissibilidade da cárie é muito discutido, mas para se evitar a contaminação do bebê por vários micro-organismos é indicado seguir algumas orientações higiênicas:

**a)** Não beije o bebê na boca; existem outras formas carinhosas de expressar o amor.

**b)** Não prove a comida que vai ser oferecida ao bebê num mesmo talher.

**c)** Não beba no mesmo copo ou canudo que o bebê estiver utilizando.

**d)** Não sopre a comida do bebê.

**e)** Cada pessoa da família deve ter a sua própria escova de dente.

**f)** Os bicos de mamadeiras e chupetas devem ser esterilizados.

Vale enfatizar que o contato salivar também pode acarretar outros problemas de saúde, como a transmissão de micro-organismos que causam tuberculose, amigdalite, mononucleose, herpes labial, hepatite, entre outros. Além disso, se o bebê ou a criança apresentar alguma deficiência imunológica ou alguma situação que envolva a redução do fluxo salivar, irá apresentar uma possibilidade maior de desenvolver a cárie. Nesses casos, os cuidados em relação à saúde bucal devem ser redobrados para evitar que a cárie ocorra. Quando é possível manter uma boa saúde bucal do bebê até que todos os dentes permanentes estejam presentes (aproximadamente doze anos de idade), as chances de as crianças desenvolverem a cárie, por toda a vida, ficam extremamente reduzidas.

## Que cuidados os pais devem ter, diariamente, a fim de minimizar o risco de seu filho ser acometido pela cárie?

Devemos nos preocupar com a ingestão diária de

açúcar!

Já foi dito que o açúcar representa fonte de energia para as bactérias causadoras de cárie e que elas dependem dos resíduos alimentares para produzir ácidos, desta forma devemos estar atentos a esse tipo de consumo no dia a dia sem a devida higiene.

O açúcar está contido mesmo naqueles alimentos que aparentemente não são considerados "doces", como, por exemplo, biscoitos, pães, salgadinhos, frutas, cereais, farináceos...

A relação da dieta açucarada com a cárie está estabelecida em conjunto com outros fatores, principalmente a falta de higiene bucal (escovação dentária e uso do fio dental).

O potencial do alimento contendo açúcar causar cárie vai depender:

**Da concentração de açúcar nos alimentos.** Alimentos açucarados como balas, pirulitos, chicletes, biscoitos, sucos, doces, refrigerantes têm a capacidade de formar maior espessura de placa bacteriana, que ficará aderida à superfície dentária.

**Do tempo em que os alimentos permanecem na boca em contato direto com os dentes.** Isto está intimamente ligado à

consistência física dos alimentos. Os alimentos pastosos permanecem por mais tempo em contato com os dentes, ficando muitas vezes retidos nos sulcos devido ao próprio formato dos dentes.

Vale a pena lembrar que o tempo que a criança gasta mamando mamadeira é maior do que se usasse um copo para tomar o leite.

**Da relação entre a quantidade e a frequência de ingestão de alimentos açucarados.** A frequência de ingestão de alimentos açucarados parece ser mais importante quando se fala em cárie dentária do que a quantidade de açúcar ingerido. Aquela criança que come pequenas quantidades de alimentos (sucos, biscoitos, iogurtes) oferecidos entre as principais refeições está mais sujeita a desenvolver cárie do que a criança que come um belo doce oferecido como sobremesa. É preciso que os pais tenham em mente que os intervalos entre uma refeição e outra devem ser respeitados a fim de que a criança tenha apetite para se alimentar de maneira saudável nas principais refeições e diminua os riscos de desenvolver cárie. É necessário um tempo entre uma alimentação e outra a fim de que se restabeleça o equilíbrio bucal, isto é quando a boca deixa de ficar tão ácida, diminuindo a

perda de minerais de dente para o meio bucal.

## Cárie de estabelecimento precoce (cárie de mamadeira)

A cárie de mamadeira é uma doença de progressão rápida, que acomete crianças antes dos três anos de idade e muito observada naquelas crianças que tomam várias mamadeira durante o dia e à noite para dormir, e também durante o sono, quando a higiene oral geralmente não é realizada ou feita de forma inadequada. O conteúdo da mamadeira pode ser leite de vaca, sucos de frutas, mate ou até leite materno.

O hábito de fazer a criança dormir mamando e não higienizar a boca corretamente ao final da mamada parece ser determinante para o surgimento da cárie. Ao pegar no sono cessam os movimentos musculares de sucção, e há uma diminuição na produção de saliva.

É importante estar atento e examinar diariamente os dentes da criança, observando se existe a presença de manchas brancas opacas e ásperas, pois, como mencionado anteriormente, estas são as características da lesão inicial e que provoca a instalação da cárie.

## Características

**a)** Observada em crianças que fazem uso da mamadeira para dormir e que não recebem a limpeza adequada.

**b)** Os bebês podem ser afetados antes de completarem o primeiro ano de vida.

**c)** Em geral a cárie, associada aos maus hábitos, quando não tratada, evolui rapidamente, destruindo os dentes.

**d)** É comum muitos dentes estarem envolvidos.

**e)** Inicialmente o esmalte dentário adquire o aspecto de cor branca opaca.

**f)** Pode estar associada ao consumo excessivo de açúcar (sacarose) no preparo da mamadeira, sucos, mingaus etc.

## Como podemos evitar a cárie de mamadeira?

**a)** Evite adoçar o conteúdo das mamadeiras, a não ser que o pediatra tenha recomendado. Os produtos destinados à alimentação infantil já possuem os carboidratos necessários ao crescimento e

desenvolvimento da criança.

**b)** Após as mamadas procure higienizar a boca da criança mesmo que ainda não tenha dentes, seja com uma fralda enrolada no dedo indicador e umedecida com água filtrada, seja com uma escova dental macia e creme dental sem flúor. Esta higiene é indispensável à noite (de madrugada), quando a salivação está diminuída.

**c)** Nunca adoce os bicos de mamadeiras nem chupetas com açúcar ou mel.

**d)** A mamadeira deve ser removida da boca do bebê assim que ele adormecer, e a limpeza, realizada em seguida.

É importante lembrar que estamos criando hábitos alimentares. Se o seu filho receber alimentos muito açucarados, ele se acostumará com o paladar doce, dificultando — no futuro — a aceitação de alimentos naturais, como frutas e legumes.

Mesmo aquelas crianças que recebem, exclusivamente, o leite materno podem apresentar cárie se a atenção com a higiene da boca não for adequada. O leite materno contém lactose (açúcar do leite) e o surgimento da cárie, nessas crianças, tem associação com o número de vezes que ela mama por dia e limpeza oral deficiente.

Desta forma, concluímos que, mesmo nas crianças em aleitamento materno exclusivo, a higiene oral deve ser realizada.

Quando se percebe que a criança é muito dependente de tomar leite antes de dormir, a mamadeira deve ser oferecida trinta minutos antes do horário que a criança costuma adormecer. Assim que terminar a mamada os dentes devem ser limpos.

## Higiene bucal

Devemos caprichar na higiene bucal.

Por meio de uma boa higiene bucal, conseguimos "desorganizar" o biofilme dental, contribuindo desta forma para manter o equilíbrio local. O tempo mínimo necessário para que a escovação seja realizada com a desorganização do biofilme é de dois minutos. Depois dos três anos, pode-se usar uma ampulheta ou um relógio com cronômetro e alarme, objetivando distrair a criança e estabelecer a regra de que o processo de escovação acabará, no caso da ampulheta, junto com o término da areia na parte superior. Durante a escovação, é frequente a criança chorar, até porque é uma forma de expressar a sua insatisfação. É importante que o responsável não se deixe envolver

por isso, e é preciso que ambos se posicionem de forma correta. O momento da escovação deve ser de descontração e, sempre que possível, junto da família.

Mostrar em si mesmo, ou em outra pessoa que não seja a própria criança, é uma boa técnica de aprendizado e, na maioria das vezes, dá bons resultados.

## QUANDO COMEÇAR A LIMPEZA DA BOCA DO BEBÊ?

Os cuidados preventivos em relação à saúde bucal do bebê devem ter início logo que ele nasce. Assim como ele terá uma rotina de higiene corporal, a limpeza da sua boca deve ser realizada diariamente.

### Por que e como realizar a limpeza?

A limpeza se faz necessária para a remoção de resíduos de leite (materno ou industrializado) que permanecem retidos na boca após as mamadas. Este hábito, além de promover a limpeza, faz com que o bebê se acostume com a manipulação de sua boca,

facilitando a aceitação futura da escovação dentária.

Para uma limpeza eficaz as pessoas que cuidam do bebê devem:

**a)** Lavar bem as mãos com água e sabão.

**b)** Enrolar uma compressa de gaze ou a ponta da fralda limpa no dedo indicador e em seguida umedecer com água filtrada.

**c)** Passar suavemente nos rebordos gengivais (superior e inferior), e também na parte interna da bochecha, uma vez ao dia, podendo ser depois do banho.

**d)** Este procedimento deve ser mantido e depois intensificado quando do aparecimento dos primeiros dentinhos (por volta dos seis meses de idade).

**e)** A partir dos seis meses de idade, podemos também utilizar dedeiras plásticas disponíveis no mercado ou escova dental macia com creme dental sem flúor.

A escovação dentária propriamente dita deve ser iniciada após o aparecimento dos primeiros dentinhos!

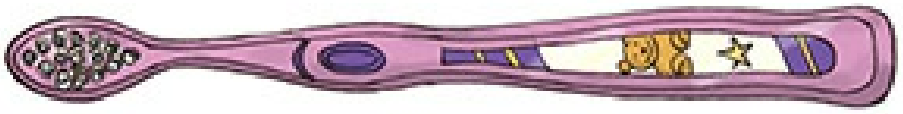
O adulto deve supervisioná-la até que a criança desenvolva boa coordenação motora para escovar os

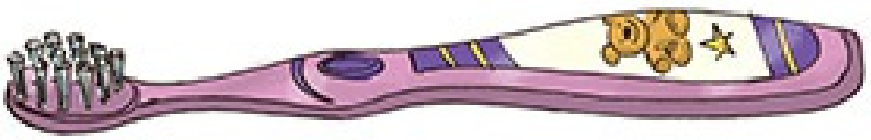
dentes sozinha, o que se dará por volta dos sete anos de idade.

O momento da escovação deve ser descontraído, com conversas, cantorias, brincadeiras, mesmo que inicialmente a criança ofereça resistência. Não desista!

## Escolha da escova dental

Existem no mercado inúmeros modelos de escova dental. Alguns aspectos devem ser observados na hora da compra.





**a)** A escova ideal deve possuir cerdas flexíveis e macias.

**b)** A sua parte ativa (cabeça da escova) deve ser pequena, em torno de 1,5 cm, para que consiga alcançar todos os cantinhos dos dentes, e ser preferencialmente emborrachada, para não machucar

a boca do bebê.

**c)** As escovas devem ser trocadas a cada sessenta dias, ou antes, dependendo do estado das cerdas. Com o uso, as cerdas perdem flexibilidade. Há aquelas crianças que desenvolvem a mania de mastigar a escova, deformando as cerdas. Após a escovação a escova deve ser lavada e seca, diminuindo a possível contaminação por fungos e bactérias.

**d)** Podem ser compradas duas escovas, uma para a criança usar para se familiarizar, e outra com o cabo mais longo, para que o adulto utilize na própria criança, conferindo, corrigindo e orientando falhas deixadas durante a escovação.

## Com que frequência devemos escovar os dentes?

Os dentes devem ser escovados após as refeições. Especial atenção deve ser dada à última escovação do dia, quando a criança vai dormir, pois à noite o fluxo salivar diminui. Lembre-se, a saliva protege os dentes por ajudar a controlar a acidez do meio bucal.

É importante lembrar que após o lanche da tarde a escovação também deve ser feita, e a ingestão de

alimentos (beliscos) a toda hora deve ser evitada.

É preciso que o adulto se posicione atrás da criança como se fosse abraçá-la e apoiando a cabeça dela no seu braço esquerdo (no caso de pessoas destras) e utilize o outro braço para escovar; essa posição facilita na limpeza e visualização da boca da criança pelo adulto. Nesse momento o adulto deve conversar e distrair a criança. A fim de facilitar a rotina, a pessoa que vai escovar os dentes pode deixar a escova dentária próxima à cadeirinha de alimentação e logo após a sobremesa realizar a escovação, desta forma se evita que a criança saia da cadeira e comece a brincar, esquecendo-se de escovar os dentes.

## Qual creme dental utilizar?

O creme dental utilizado na escovação dentária tem a função de auxiliar na limpeza dos dentes graças às suas propriedades adstringentes. Além disso, facilita a escovação, pois tem sabor agradável.

O flúor é amplamente utilizado como medida eficaz para evitar a cárie. Em vários países, a saúde pública recomenda que esse elemento químico seja colocado na água que é distribuída nas casas. A fim de possibilitar um aumento de flúor livre na cavidade

bucal, o flúor foi acrescentado aos cremes dentais, ou seja, quando escovamos os dentes estamos aplicando flúor sobre eles. O flúor é capaz de reagir quimicamente com a superfície dentária, tornando-a mais resistente à cárie.

As crianças com menos de três anos de idade não conseguem cuspir com eficiência, e correm o risco de engolir quantidades consideráveis de flúor a cada escovação, aumentando o risco de desenvolver fluorose dentária na dentição permanente, que está em desenvolvimento. A fluorose dentária caracteriza-se clinicamente pelo aparecimento de manchas brancas ou castanhas e defeitos no esmalte dentário nos dentes permanentes que estão se desenvolvendo. Por isso, a quantidade de creme dental recomendada, inicialmente, é equivalente ao tamanho de um grão de arroz. E indica-se o creme dental apenas na última escovação, sempre feita pelos pais.

É importante assinalar que os cremes dentais são um medicamento e como tal devem ficar longe do alcance das crianças!

## Técnica de escovação

A melhor técnica de escovação dentária é aquela

que possibilita a remoção de forma mais eficaz do biofilme dos dentes. É preciso observar que cada dente tem várias faces, a saber:

**a)** A parte da frente (que aparece quando a criança ri).

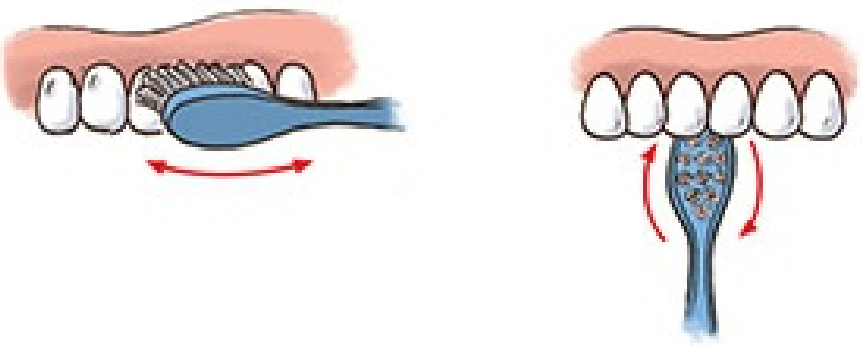
**b)** A parte voltada para a língua no arco inferior e, no arco superior, a parte voltada para o céu da boca.

**c)** A parte de cima dos dentes que trituram os alimentos durante a mastigação (face cheia de sulcos e reentrâncias).

**d)** A parte bem próxima da gengiva (sulco gengival).

**e)** A parte que fica em contato com o dente vizinho.

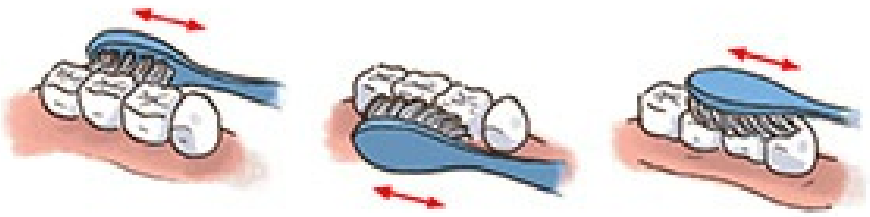
## Escovação para a arcada superior



O adulto deve achar a maneira mais confortável para alcançar a boca da criança. Desta forma a

escovação pode ser realizada com o adulto passando o braço por trás da criança, ou com a criança no colo. É importante que o ajudante consiga visualizar os dentes e a posição em que a escova será colocada. Para isso o adulto deverá usar o seu dedo indicador, para afastar tanto o lábio superior como as bochechas, criando espaço para a escova. A escova deve ser posicionada inclinada em direção ao longo eixo do dente próximo à região de encontro da gengiva e do dente, realizando movimentos circulares alcançando um grupo de dois a três dentes por vez.

## Escovação para a arcada inferior



Devemos repetir os mesmos movimentos realizados no arco superior, tendo-se o cuidado de afastar a língua e pedir à criança que deixe o lábio frouxo para a escova poder alcançar as faces da frente dos dentes inferiores.

Ao terminar a escovação de todas as faces devemos

promover a limpeza da língua, onde ficam retidos resíduos alimentares que, se não forem removidos, podem causar halitose (mau hálito).

## Uso do fio dental

Na fase de dentição decídua algumas crianças apresentam espaço entre os dentes de leite, facilitando, sobremaneira, a higienização com a escova dentária. Entretanto, para aquelas crianças que apresentam os dentinhos muito juntos aos dentes vizinhos, o fio dental é indispensável para a higiene correta. O fio dental deve ser usado sempre que temos um dente fazendo contato com o dente vizinho, a fim de remover o biofilme acumulado que não foi possível remover com a escovação.

Uma vez iniciada nestas superfícies de contato entre os dentes, a cárie dentária progride de maneira rápida em direção à polpa dentária (canal do dente).

Mesmo naquelas crianças que possuem espaços entre os dentes de leite o uso do fio dental está indicado.

## Como e quando utilizar o fio dental?

O fio dental deve ser utilizado pelo adulto levando-se em consideração que isso requer uma habilidade motora que a criança de pouca idade ainda não possui!

Devemos cortar um bom pedaço de fio dental (de 25 a 50cm de comprimento), dar uma volta em um dos dedos médios e enrolar o restante do fio no dedo médio da outra mão, deixando uma distância entre os dedos de cerca de 5cm, e segurando em forma de pinça com os dedos indicadores junto com os polegares. Pedimos à criança para abrir a boquinha e, apoiando com os polegares e os dedos indicadores, começamos a realizar pequenos movimentos da frente para trás até penetrar de forma delicada no sulco gengival, onde os pequenos movimentos serão de cima para baixo para a remoção do biofilme, retirando o fio dental da mesma forma que foi colocado no espaço interdental. À medida que o fio vai ficando sujo pelo biofilme, vamos enrolando a parte suja em um dedo e liberando um novo pedaço limpo do outro; deve-se usar o fio dental em todos os dentes. O ideal seria passar o fio dental após cada refeição, mas como nem sempre é possível, pelo estilo de vida que temos, o uso do fio dental deve ser feito, pelo menos, após a última escovação do dia,

garantindo-se desta forma que a criança dormirá com a boca bem limpa!

A partir dos seis anos de idade as crianças podem começar a aprender a usar o fio dental, mas os responsáveis, ainda assim, devem realizar a limpeza da noite.

## QUANDO LEVAR PELA PRIMEIRA VEZ O BEBÊ AO ODONTOPEDIATRA?

Se tudo estiver bem, somente após o aparecimento do primeiro dentinho de leite é que o bebê deverá ser levado ao odontopediatra. Nesta consulta os pais/responsáveis recebem orientação quanto à dieta, higiene oral, técnica de escovação, tipo de creme dental a utilizar. O odontopediatra avaliará o crescimento ósseo, a formação dos dentes e se há cáries, ou fatores de risco, passíveis de serem tratados ou modificados.

## A DENTIÇÃO HUMANA

A dentição humana é constituída por três fases, a saber:

**1) A dentição decídua** (temporária, também chamada de "dentes de leite", que se completa por volta dos três anos de idade, com vinte dentinhos (dez superiores e dez inferiores).

Os dentes decíduos, popularmente denominados dentes de leite, recebem esse nome devido à sua coloração mais branca que os dentes permanentes. Ao contrário do que algumas pessoas pensam, os dentes decíduos possuem raízes, porém quando os dentes caem elas já não são mais visualizadas porque houve um processo de esfoliação fisiológica para a eliminação desses dentes, causada pelos dentes sucessores permanentes.

**2) A dentição mista:** período no qual a criança possui na boca tanto dentes de leite como os permanentes (geralmente a partir dos cinco anos de idade, até a troca do último dente de leite).

Esse período da dentição é chamado de "fase do patinho feio". Dos oito aos doze anos de idade, os incisivos superiores se apresentam mais para a frente (dentuço); diastemas (espaços entre os dentes) e outras características desarmônicas iniciais tendem a desaparecer, posteriormente, com a erupção dos

dentes posteriores e caninos permanentes.

**3) A dentição permanente** está completa por volta dos dezoito anos de idade com o aparecimento dos dentes sisos, tendo um total de 32 dentes, e sem a presença de dentes de leite.

É interessante mencionar que por volta dos seis anos de idade irrompem na região posterior da boca da criança os primeiros molares permanentes, sem que precise "cair" nenhum dente de leite. Esses dentes são em número de quatro, sendo dois superiores e dois inferiores localizados atrás do último dente de leite. Como a sua anatomia é rica em sulcos e reentrâncias, especial atenção deve ser dada à escovação, e o dentista deve avaliar a necessidade de aplicação de selante oclusal e orientações específicas a fim de prevenir a cárie nesses dentes.

## Por que devemos nos preocupar em manter saudável a boca da criança, já que os dentes de leite têm caráter temporário?

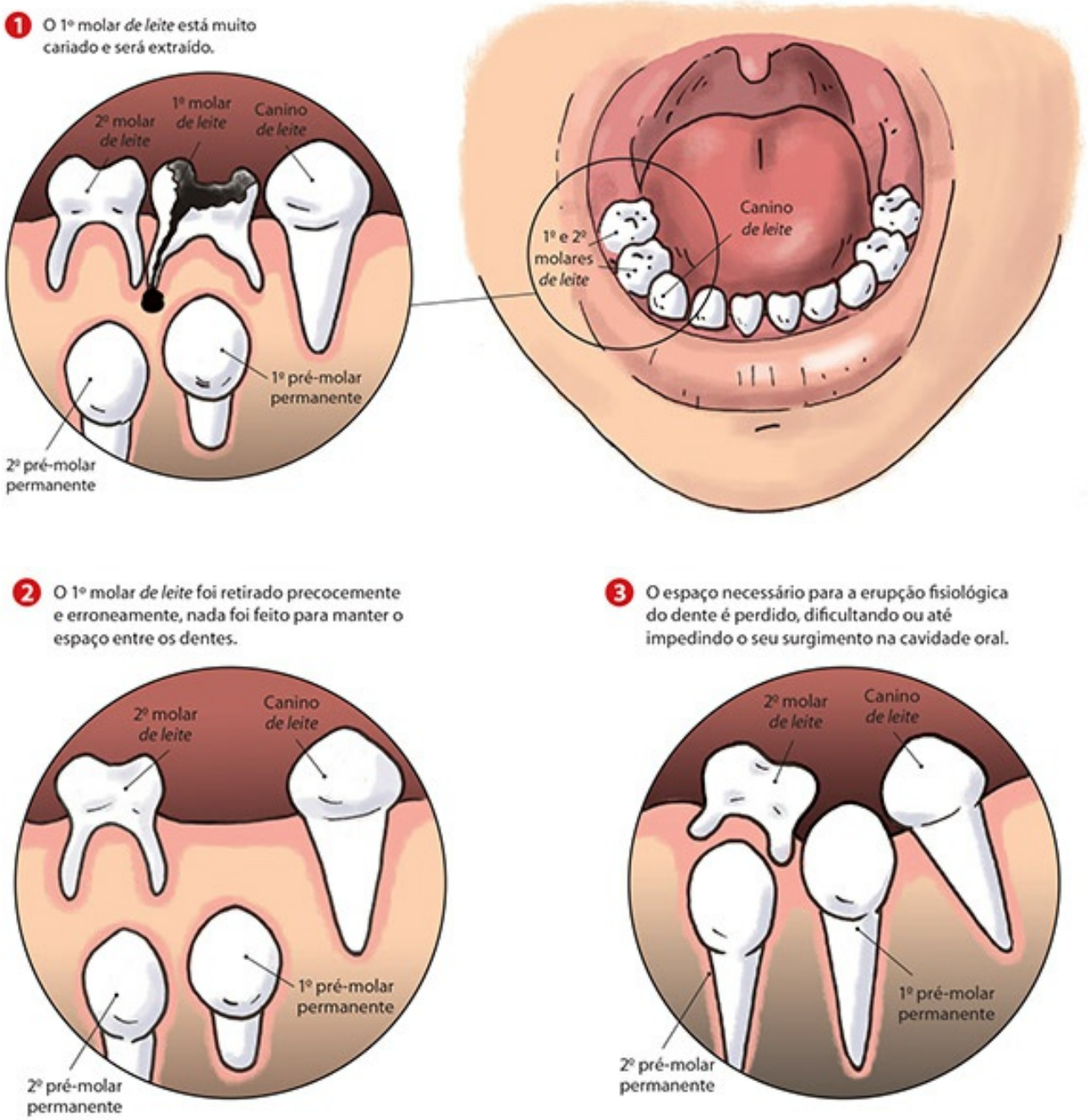
Os dentes de leite cumprem importantes papéis, a saber:

**a)** Participam da mastigação. A criança precisa mastigar bem os alimentos necessários ao seu crescimento e desenvolvimento. A mastigação compreende a primeira etapa da digestão, sendo de grande importância para o desenvolvimento dos músculos faciais.

**b)** A criança com dor de dente não consegue se alimentar de maneira adequada.

**c)** Mantêm o espaço necessário nos arcos dentais (maxila e mandíbula) para o dente sucessor permanente (que se localiza abaixo de cada dente de leite) até a época de troca da dentição. Aquela criança que perde o dente de leite antes do tempo esperado poderá apresentar problemas de densenvolvimento de sua oclusão (relação funcional entredentes superiores e inferiores).

**d)** Participam na emissão de vários fonemas e da deglutição.




*Perda precoce do dente de leite por lesão de cárie extensa, tendo como consequência o fechamento de espaço no arco dentário. Um aparelho para manter o espaço é necessário até o aparecimento do dente permanente sucessor.*

Quando bem cuidados, contribuem para a estética da garotada. Nada mais cativante que o belo sorriso de uma criança!

Os dentes de leite são bem semelhantes aos permanentes, tendo sua estrutura composta de esmalte dentário, dentina e polpa dentária (canal do dente de leite). Uma vez instalada a cárie, a porção mais dura, mineralizada do dente (esmalte dentário), começa a se descalcificar, em seguida a dentina (camada abaixo do esmalte) é afetada e a cárie progride até a polpa, causando o envolvimento do "canal" do dente, podendo ser necessário tratamento de "canal" e, em alguns casos mais avançados, exodontia (remoção do dente) (ver ilustração).

Quando a prática odontológica preventiva é iniciada ainda na primeira infância, observa-se que a criança apresentará boas condições bucais (poucos ou nenhum dente cariado), atravessará a fase de dentição mista e chegará à adolescência livre de cáries dentárias e de gengivite. Esta prática inclui cuidados diários realizados por pais, babás, avós e demais responsáveis, e também visitas periódicas ao odontopediatra. A frequência de tais visitas deverá ser definida pelo dentista, de acordo com cada situação.

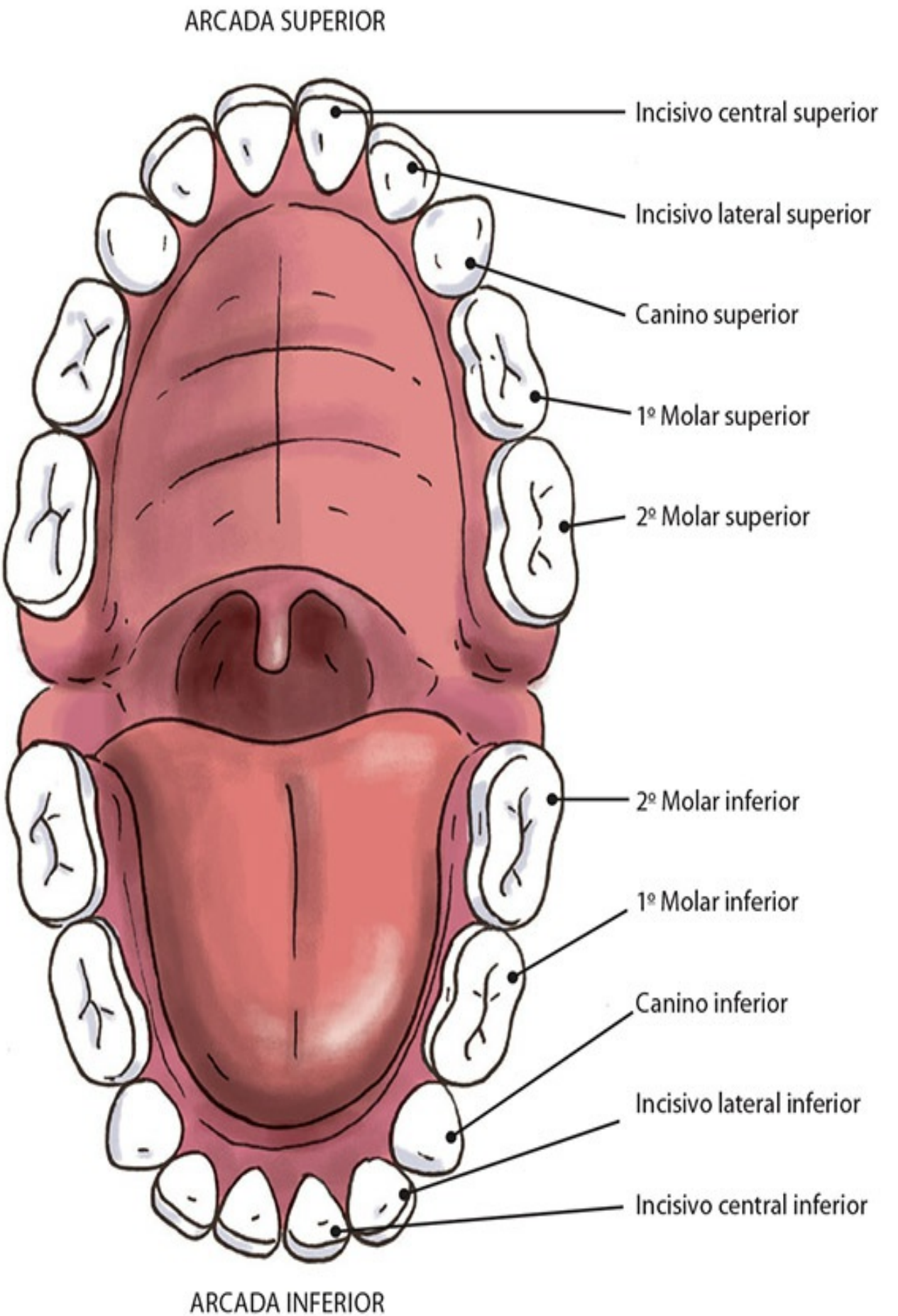
## Cronologia da erupção dentária

Ao nascer, embora ainda não aparentes, o bebê

apresenta os dentes de leite em desenvolvimento, presentes na maxila (arco dental superior) e mandíbula (arco dental inferior).

Por volta dos seis meses de idade os dentes iniciam seu aparecimento na cavidade bucal. Geralmente a erupção dentária tem seu início com os incisivos centrais inferiores, podendo em alguns casos haver alteração quanto à época, e também na sequência de erupção.

A dentição decídua (de leite) se completa por volta dos dois anos e meio a três anos de idade. Quando completa, apresenta vinte dentinhos de leite, sendo dez no arco superior e dez no arco inferior.


ARCADA SUPERIOR
Incisivo central superior
Incisivo lateral superior
Canino superior
1º Molar superior
2º Molar superior
2º Molar inferior
1º Molar inferior
Canino inferior
Incisivo lateral inferior
Incisivo central inferior
ARCADA INFERIOR

A irrupção dentária não é absolutamente assintomática; embora não estejam diretamente ligadas e irrupção dentária, os bebês podem apresentar algumas alterações de ordem sistêmica, como irritabilidade e alterações de comportamentos. Após ter sido examinado pelo pediatra e excluídas várias enfermidades, os pais podem ajudar o bebê a fim de diminuir os sinais e sintomas apresentados. Em caso de dor e febre poderá ser administrado o analgésico e antitérmico de costume. Para alívio do local, está indicada massagem na gengiva várias vezes por dia; para massagear poderá ser usada uma dedeira de silicone, uma escova dental macia ou até mesmo o dedo indicador depois de limpo. Outro recurso eficaz é o uso de mordedores de silicone que contêm líquido no interior. Esses mordedores devem ser colocados na geladeira, mas não no congelador, pois quando gelados aliviam o local, dando conforto à criança. O uso de pomadas específicas deve ser orientado pelo profissional de saúde (odontopediatra ou pediatra).

Algumas vezes observamos um aumento de volume no local de aparecimento do dente de leite. Apresenta coloração violácea, com aspecto de um hematoma. A massagem do local com uma escova

macia ou dedeira de silicone deve aliviar o desconforto e em alguns dias o dentinho deve aparecer na gengiva. Caso persista o aumento de volume e a criança se mostre irritada, o odontopediatra deve ser consultado.

## ACIDENTES EM ODONTOPEDIATRIA

É importante que os pais e/ou responsáveis pela criança tenham condições de prestar os primeiros socorros em caso de acidentes que envolvam a boca e suas estruturas (lábios, língua, dentes, bochechas). Por menor que pareça o traumatismo o dentista deve ser procurado o mais rápido possível a fim de orientar e tratar se for necessário. É preciso que se saiba que o trauma sofrido na dentição decídua (de leite) pode acarretar problemas nos dentes permanentes em desenvolvimento.

A primeira infância, a fase em que a criança está sujeita a quedas, é aquela em que ela está aprendendo a andar (entre um e dois anos e meio de idade). Nesta fase a criança não tem noção do perigo e seu desenvolvimento motor ainda é pobre, aumentando

o risco de quedas.

Acidentes em piscina, berços, escadas e móveis são frequentes. Em casa deve-se retirar tudo que representa risco à criança.

Por volta dos sete aos catorze anos de idade os acidentes mais comuns ocorrem na prática de esportes, ainda mais naquelas crianças que apresentam os incisivos superiores bem projetados para a frente, por isso o uso de protetores bucais fabricados de forma individualizada para essas práticas é indicado. Tanto na dentição de leite como na permanente, os dentes incisivos são os mais acometidos por trauma.

Os acidentes podem atingir os tecidos moles (bochechas, língua, lábios etc.) e também os dentes, causando fraturas ou deslocamento do(s) dente(s) para dentro do osso alveolar ou para fora da boca (extração traumática); não tente reposicioná-los, vá ao dentista imediatamente: quanto menor o tempo entre o acidente e o atendimento, maiores são as chances de sucesso do tratamento.

## Em caso de acidentes envolvendo os dentes e/ou face como devemos

## proceder?

O adulto que irá socorrer a criança precisa antes de tudo manter a calma, tranquilizando-a!

Devemos observar o estado geral da criança: se ela está consciente, se responde aos estímulos, se consegue dizer o local que "dói", se há presença de fragmentos dentários dentro da boca ou perdidos no chão próximo à queda... Se a criança apresenta sonolência e vômitos após o acidente, ela deve ser levada a um pronto-atendimento hospitalar! Devemos estar atentos quanto ao estado vacinal da criança, avaliando se todas as doses foram tomadas, incluindo, quando for o caso, as doses de reforço.

## Se houver sangramento

**a)** Tente localizar a origem do sangramento (se é proveniente de lábios, língua, bochechas ou da própria gengiva). Não se assuste! Como a boca é rica em vasos sanguíneos o sangramento pode ser abundante.

**b)** Lave as áreas afetadas com água filtrada.

**c)** Pegue um pedaço de pano (de preferência de

algodão) limpo dobrado ou gaze e pressione o local por cinco minutos; o esperado, após esse tempo, é que o sangramento diminua de forma expressiva ou pare! Caso seja observado um sangramento de maiores proporções, procure um atendimento hospitalar, pois às vezes pode ser necessário fechar (suturar) a ferida. Enquanto transporta a criança continue pressionando o local.

## Se você perceber algum dente quebrado

Tente achar o pedaço do dente, procurando próximo do local do acidente e também dentro da boca da criança. Dependendo do tamanho e do jeito que quebrou, ele poderá ser utilizado na restauração, mas caberá ao dentista avaliar essa possibilidade. Neste caso retire o pedaço se estiver solto e coloque em um copo, com um dos líquidos a seguir, em ordem decrescente de preferência: leite; soro fisiológico (não é o caseiro); saliva da própria criança (não pode ser de outra pessoa para não correr risco de contaminação para a criança) ou água. Não tente lavar, esfregar ou escovar esse fragmento de dente. Procure um dentista imediatamente.

## Se o dente saiu inteiro da boca (avulsão)

**a)** Ao encontrar o dente segure-o pela coroa (parte branca) sem tocar na raiz do dente.

**b)** Se a raiz estiver suja, ainda segurando pela coroa, apenas deixe água de uma torneira escorrer sobre ele para tirar a maior quantidade possível de sujeira sem tocar a raiz e sem esfregar.

**c)** Coloque o dente num copo com leite, soro fisiológico, saliva da própria criança ou água e procure o dentista imediatamente, quanto mais rápido melhor. O reimplante do dente tem mais chances de ser bem-sucedido quando o atendimento é realizado nos primeiros trinta minutos após o acidente.

## Se um ou mais dentes ficarem moles ou forem empurrados para dentro da gengiva por causa do acidente

**a)** Limpe a boca da criança com água filtrada.

**b)** Não tente mover os dentes abalados.

**c)** Vá ao dentista para que possa prestar o atendimento adequado. Muitas vezes é possível

reposicionar o(s) dente(s) que foi (foram) deslocado(s).

## Alterações observadas nos dentes de leite acometidos por trauma

Com o passar do tempo, algumas alterações podem ser observadas no dente de leite que foi acometido pelo trauma. É difícil predizer qual será a evolução do caso, por isso os pais devem, constantemente, observar os dentes envolvidos e procurar o odontopediatra caso percebam:

**a)** Presença de uma bolinha na gengiva (aumento de volume) próximo à raiz do dente contendo pus.

**b)** Que a criança se queixa de dor espontânea (sem causa aparente).

**c)** Dor durante a mastigação.

**d)** Dor com alimentos frios.

**e)** Aumento de mobilidade do dente traumatizado (dente mole).

**f)** Mudança da coloração da coroa do dente, passando do branco para o tom amarelado, amarronzado ou acinzentado.

**g)** Reabsorção radicular, que é a perda do comprimento da raiz (observado apenas com radiografias).

Algumas vezes as crianças sofrem traumas na região da cabeça e pescoço que podem envolver os dentes, sem que os pais tomem conhecimento. Sendo assim, caso citadas observe uma ou mais características acima seja observada, é aconselhável que o responsável leve a criança ao dentista para que investigue a causa.

Nos casos de trauma dentário o acompanhamento profissional é indicado e o odontopediatra determinará o retorno ao consultório a fim de acompanhar o caso até a época de troca do dente de leite pelo dente permanente.

Esperamos neste capítulo ter contribuído para que os pais e responsáveis pela criança se conscientizem e se sintam motivados a adotar uma rotina bem saudável no que diz respeito à dieta e higiene da cavidade bucal de seus filhos. Trilhando esse caminho diariamente, toda a família contribuirá para o bebê atravessar a fase da dentição de leite livre de cárie, passar a fase de dentição mista com a boca saudável e chegar à dentição permanente com um belo sorriso!

## Lembrando...

### Do nascimento aos seis meses de idade

**a)** O bebê deve ser amamentado de maneira satisfatória. Se precisar utilizar a mamadeira deve ser dada preferência à de bico ortodôntico.

**b)** O uso da chupeta deve estar associado à hora de dormir e ela deve ser retirada da boca após a criança ter adormecido.

**c)** Embora ainda não tenha dentes, a boca do bebê deve ser higienizada pelo menos uma vez ao dia; para isso podemos utilizar a ponta da fralda de pano limpa e enrolada ao dedo indicador ou gaze umedecida com água filtrada. Movimentos suaves devem se realizados limpando os resíduos de leite presentes nas gengivas.

### Dos seis meses aos três anos de idade

**a)** É a época de aparecimento na boca dos primeiros dentinhos (seis meses). Está na hora de começar a escovar os dentes!

**b)** Aos seis meses de idade a alimentação do bebê passa a ter uma consistência mais pastosa e sólida! Cuidado com o hábito de oferecer alimentos muito açucarados e pegajosos e também a todo momento!

**c)** O doce deve ser oferecido como sobremesa, as guloseimas devem ser evitadas.

**d)** Os alimentos devem ser ricos em fibras a fim de estimular a mastigação, função tão importante ao desenvolvimento dos músculos da face.

**e)** A criança não deve pegar no sono utilizando a mamadeira, pois esse hábito aumenta as chances de ela desenvolver a "cárie de mamadeira".

**f)** A higiene dos dentes deve ser feita com uma escova dental macia, colocando-se pequena quantidade de creme dental sem flúor. A escovação deve ser realizada após as principais refeições e com muito capricho antes de dormir.

**g)** Após a irrupção dos primeiros dentinhos, é a época ideal para a primeira consulta ao odontopediatra.

**h)** A remoção do hábito da chupeta deve ser feita de maneira amigável. Converse com o pediatra para avaliar o melhor momento. Em geral não deve ultrapassar os dois anos de idade.

**i)** Os tombos e as batidas afetando a boca são comuns nessa fase. O odontopediatra deve ser sempre procurado para dar orientações de como evitá-los ou minimizar os danos que podem causar, quando o dente de leite sofre algum tipo de trauma.

# Capítulo 26

# O segundo ano

# O segundo ano

*Aos dois anos, a dentição de leite está completa, a criança já entende o que é "meu" e as palavras já saem mais claras.*

## O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ (EM MÉDIA)

| | Meninos | Meninas |
|---|---|---|
| **Peso** | 12.000g a 12.200g | 11.800g a 12.000g |
| **Estatura** | 85cm | 84cm |
| **Perímetro cefálico** | 49cm | 48cm |
| **Perímetro torácico** | 50,5cm | 49,5cm |
| **Ganho de peso mensal** | 150g | 150g |

Aos dois anos a criança percebe que é alguém, tem seu nome próprio e já tem alguma noção de propriedade. É um indivíduo socialmente complicado, não sabe comunicar seus sentimentos, desejos e interesses.

Tem dificuldade de se controlar, chora e ri facilmente, tem frequentes ataques de gênio e malcriações, dizendo "vá embora", "não gosto de você".

"Isto é meu!": o sentido de propriedade vem antes

da ação de repartir, porém somente 50% das crianças conseguem repartir, e, mesmo assim, por pouco tempo, a generosidade depende do bom ou mau humor do dia...

É esperta, sabe onde estão alguns objetos da casa, repete coisas que os pais nem suspeitavam que sabia, reconhece pessoas e objetos que viu uma única vez, percebe que um livro está de cabeça para baixo, diferencia o duro do mole, o áspero (uma lixa) do liso (um espelho).

O mais importante para ela é ainda a sua mãe; fica infeliz quando ela está ausente, pode aguentar algum tempo, se estiver em companhia de pessoas conhecidas e queridas. Se a mãe puder, deverá arranjar um trabalho de meio expediente, quatro a seis horas pela manhã ou à tarde. Às vezes acorda assustada à noite; convém prestar socorro ao seu lado por algum tempo; não é recomendável levá-la para a cama dos pais, criando assim um hábito desaconselhável.

## COMO ELA SE COMPORTA

Começa a aprender a esperar, sabe o sentido das palavras “logo” e “já”, começa a confiar nos adultos, usa seu próprio nome quando se refere a si mesma, usa os pronomes eu, mim e você, se acha importante, toma conta dos outros, dando-lhes ordens, quer tudo à sua maneira, às vezes esconde o que é seu, não divide seus brinquedos, desafia os desejos dos pais, pode contar um caso que aconteceu imediatamente, pode comunicar ao pai ou a outra pessoa, por meio de gestos e palavras, sentimentos, desejos, interesses e decepções, rabisca com um lápis, cruzando a linha, fica olhando as coisas por muito tempo, percebe objetos familiares na televisão, sabe onde estão as coisas em casa, sabe a utilidade dos objetos.

## O QUE PODE FAZER

### Seus movimentos estão bem desenvolvidos

**a)** Corre, porém ainda não sabe parar de repente.

**b)** Anda de costas três metros.

**c)** Anda em linha reta.

**d)** Sobe e desce a escada segurando o corrimão.

**e)** Senta-se e levanta-se bem.

**f)** Manipula bem as duas mãos, passa algo de uma das mãos para a outra.

**g)** Pula nos dois pés.

**h)** Pode andar na ponta dos pés.

**i)** Empurra e puxa.

**j)** Vira as páginas de um livro, uma de cada vez. Demonstra habilidades ao mexer em equipamentos eletrônicos como computadores, jogos eletrônicos e outros similares. Pode tirar sapatos, meias e calças, mas não os veste. Detesta suéteres apertados que são vestidos pela cabeça.

Não deixe a criança usar calças com fundilhos apertados; elas devem ser bem largas e frouxas.

É difícil ainda vesti-la, porque não coopera.

## A LINGUAGEM

O vocabulário é de cerca de cinquenta palavras, usa até palavras inventadas por ela, para pessoas, coisas e

brinquedos com que tem contato diário, pode dizer seu primeiro e segundo nome, as palavras já saem mais claras, pergunta por outra pessoa, já sabe o nome de tudo em casa e nos passeios, já não pede as coisas com gestos e sim com palavras, começa a ligar duas palavras: "neném quer", "aqui bola", "vê au-au".

A criança pode conhecer de cinquenta a cem palavras até os dois anos, de cem a duzentas palavras aos três anos; são crianças perfeitamente normais.

Aos dois anos, pode reunir três palavras para fazer uma frase, começa a aparecer o plural, verbaliza experiências imediatas, pronuncia seu próprio nome inteiro, pergunta o nome das coisas ("o que é isto?"), procura conversar com bonecos e animais. Já diz "eu" e "você".

O vocabulário de um adulto contém 1.500 palavras, do adulto culto três mil palavras, e do sábio, cinco mil.

Diz-se que um vocabulário de mil palavras é suficiente para ser aprovado para bacharel!

## O BILINGUISMO

Não são todas as crianças que têm possibilidades de aprender dois idiomas ao mesmo tempo. Algumas podem aprender com facilidade duas línguas faladas por seus pais, simultaneamente. Entretanto, talvez a maioria tenha dificuldade; assim, só um idioma deveria ser ensinado em casa, porém logo que a criança o aprenda bem, poderá ser começado o ensino do segundo. O uso de um livro com gravuras e histórias poderá ajudá-la a aprender dois idiomas ao mesmo tempo.

## EDUCANDO-A A PRESTAR ATENÇÃO

Há diversas brincadeiras para desenvolver desde cedo nas crianças a capacidade de escutar com atenção. Para esses exercícios, bastarão apenas um copo, cubos de gelo e uma campainha.

### Primeiro teste

Sacuda o copo com pedras pequenas de gelo e peça a seu filho que preste atenção no barulho que o gelo faz ao bater no copo.

### Segundo teste

Abra e feche, repentinamente e com força, um livro, chamando a atenção para o som que ele faz.

### Terceiro teste

Sacuda uma campainha enquanto ela está prestando atenção. O pai e a mãe, colocados atrás da criança, repetem as três brincadeiras, uma de cada vez, pedindo-lhe para dizer o que provocou o barulho que ela escutou. Se ela errar, repita outra vez, ou mais, até cinco vezes, até acertar. As crianças que tiveram problemas de parto só responderão certo entre os três e os cinco anos.

## RIVALIDADES (BRIGAS) ENTRE IRMÃOS

O maior motivo é a luta pelo amor e preferência. A criança desconfia que a mãe está dando à outra e tirando algo dela, e que talvez possa perdê-la para sempre. Um só agride o outro quando sente que está levando a pior, perdendo, "sendo passado para trás".

No caso de não haver ferimentos, e se não for desigual a força física (tamanho e idade), os pais não deverão intervir, principalmente se a briga não aconteceu na sua presença direta; caso contrário, a autoridade paterna ou materna se obriga a intervir e procurar resolver a disputa a contento, dependendo naturalmente das circunstâncias e do comportamento de ambos.

O nascimento de um irmão pode provocar regressão no comportamento da criança, voltando a ter atitudes e posturas que já não apresentava mais, para chamar a atenção dos pais.

## A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

### Evolução motora

Anda de velocípede, em círculos. Sobe e desce uma escada sozinha. Corre, sem cair. Chuta bola. Tira o papel das balas. Usa uma cadeira para espiar pela janela (cuidado!).

## Comportamento emocional

O ciúme é o traço dominante. Tem a sensação do que é "meu" e do que é "seu". Tem oscilações no humor, variando de alegria a acessos de raiva.

## Capacidade de adaptação

Consegue empilhar cubos. Faz rabiscos redondos. Come alimentos sólidos. Segura a maçaneta para abrir a porta.

## Progresso da linguagem

Forma pequenas sentenças e frases. Usa verbos e pronomes. Nomeia objetos familiares, chave, dinheiro, relógio. Dá nome a algumas figuras. Reconhece fotografias de pessoas da família.

## Comportamento pessoal e social

Estabelece o controle da bexiga. Interessa-se por histórias. Sente-se vaidosa da sua roupa. Pede para pôr a comida na mesa. Guarda o que é seu, com

ciúme, e não gosta de emprestar. Pede para ir ao banheiro. Nomeia os objetos de uso diário. Nesta idade há um aumento de interesse pelos órgãos genitais em ambos os sexos. Algumas crianças já se masturbam.

### Brinquedos (seu interesse e preferência)

Gostam de livros coloridos, de preferência os de pano, de aparelhos de chá, de plástico. Objetos musicais, sanfonas, brinquedos de praia, caixote de areia. Usam bonecos para imitar pessoas que fazem parte da sua vida.

## O DESENVOLVIMENTO DA INTELIGÊNCIA

### Primeira prova

Dê à criança um brinquedo para que ela o mantenha nas mãos. Depois chame a sua atenção para que ela ande com o brinquedo, sem perder o equilíbrio.

## Segunda prova

Coloque a criança num canto e lhe atire uma bola; ela deverá devolvê-la quantas vezes lhe for atirada, ordenadamente.

## Terceira prova

Deverá compreender diversas ordens: a pessoa deverá dizer à criança as seguintes ordens, sem fazer sinais com as mãos: levante-se, venha até aqui, dê-me aquele brinquedo etc., e a criança deverá obedecer.

## Quarta prova

Questão de preferência: apresente à criança um cartão com diversas cores e outro com uma figura. Ela deverá preferir o segundo.

## Quinta prova

Repetição das palavras: a criança deverá ser capaz de repetir, após alguns minutos, de três a cinco palavras que tenham sido ditas a ela com atenção.

# A DENTIÇÃO

Entre dois anos e meio a três anos de idade o bebê deve possuir a dentição de leite completa (com vinte dentes).

O bebê deve comparecer às consultas de rotina ao odontopediatra a fim de acompanhar o desenvolvimento da dentição e adotar medidas preventivas à cárie.

Os cuidados com a dieta (ingestão de açúcar) e higiene devem ser mantidos. O hábito da chupeta e da mamadeira deve ser desestimulado.

## A ALIMENTAÇÃO AOS DOIS ANOS

A criança aos dois anos já poderá comer sozinha, e com alegria, alimentos de que ela gosta. Em primeiro lugar, o popular bife com batatas fritas. As batatas poderão ser fritas, porém o ideal é que sejam assadas no forno (mantêm-se crocantes, sem perda de gosto). Para as gorduras de origem animal, como a manteiga e a gordura de porco ou banha, que são de digestão mais difícil, deverá ser observada a tolerância da criança. Poderão também ser oferecidas as saladas verdes, as do tipo com alface, também com azeite de oliva. Peixe grelhado, acompanhado de um pouquinho de manteiga derretida ou suco de limão, macarrão talharim, já também com um pouquinho de manteiga ou tempero e doces como o mil-folhas poderão ser oferecidos, mas não em grande quantidade. Também poderão ser dados ovos estrelados e sorvetes, mas unicamente para o sorvete de chocolate é que deve ser observada a capacidade da criança em digeri-lo e assimilá-lo sem qualquer

manifestação de alergia posterior.

A criança já poderá usar a colher e o garfo de dentes grossos. Nesta idade, e mesmo durante a infância, o que deve ser proibido sistematicamente é vinho, cerveja, ou melhor, qualquer tipo de álcool.

## Deve-se contar histórias para a criança comer?

Conversar, contar histórias descontraídas, como a conversa na mesa dos adultos, sim. Aos dois anos a criança já é capaz de comer sozinha, pois os músculos da mastigação já estão fortes e sob controle. Às vezes não querem ajuda do adulto, mandando embora a mãe ou a babá, mas a pessoa deverá ficar por perto, para com jeito e com toda segurança ajudá-la a terminar a refeição.

## Conselhos para uma boa alimentação

**a)** Nunca insista para a criança comer.

**b)** Nunca conte histórias aterrorizantes. Mantenha uma conversa "mole".

**c)** Nunca faça agrados para que coma.

**d)** A hora da refeição não é hora de brigas e castigos.

**e)** Não a deixe interromper a refeição por mais de quinze a vinte minutos.

**f)** Ofereça-lhe pequenas quantidades.

**g)** Deixe que ela peça mais quando e se quiser.

**h)** A partir de um ano de idade, deixe que coma sozinha, mesmo que demore e se suje.

**i)** Faça o possível para variar o gosto e o aspecto dos alimentos.

**j)** De vez em quando use outro pratinho, outros talheres e mesmo outros lugares para as refeições.

**k)** Não a deixe comer fora de hora.

**l)** Esconda as gulodices.

A criança não deverá usar a mamadeira depois dos dois anos. Aos doze meses ensine-a a beber no seu copinho ou caneca. O ideal é ela largar a mamadeira entre os dezoito e os vinte meses.

## TRÊS QUESTÕES

### AS FRITURAS, OS REFRIGERANTES E O

## As frituras na alimentação infantil

Vale a pena habituar as crianças a comer comidas gordurosas? Geralmente as crianças adoram comer frituras. Batatas fritas, croquetes, bife à milanesa, banana frita, ovo estrelado, salsichas fritas e *pizzas* disputam a preferência. O alimento frito é antes de tudo saboroso, e é difícil preparar uma comida sem o célebre e tradicional refogado. Convém que a fritura seja preparada com óleo de boa qualidade, sem gordura animal, e servida logo; gordura guardada não serve para a criança, nem mesmo para o adulto. As frituras são de digestão mais difícil, exigindo suco gástrico e funcionamento hepático perfeitos. Elas poderão ser feitas uma ou duas vezes por semana, no máximo, nunca diariamente. Os alimentos cozidos e grelhados são os indicados; apenas um refogado leve é permitido para o uso diário, se a criança não estiver submetida a uma dieta especial prescrita pelo médico. Pesquisas feitas por especialistas relataram que o uso continuado e diário de frituras desde a infância pode ser uma das causas do infarto aos trinta anos de idade, não sendo isto privilégio exclusivo das idades

avançadas.

Concluindo, se a criança estiver com boa saúde, com o funcionamento do estômago e do fígado normais, poderão ser permitidos alimentos fritos, não em grande quantidade, como foi dito, mas uma a duas vezes por semana. Porém, se a mãe notar que as frituras com o tempo estão causando inapetência, deverá restringi-las ao máximo.

As sobremesas de digestão mais demorada, como os pudins, doces de chocolate e massas gordurosas com creme, não deverão ser dadas no dia em que a criança comeu uma fritura.

**As batatas fritas.** As batatas fritas, tão desejadas pelas crianças, podem ser dadas no seu segundo ano de vida. Tem sido um problema para os pais a questão da batata frita, devido ao pavor da gordura, não só por parte dos pais como por parte dos médicos. Entretanto, usar um óleo de boa qualidade, preparado convenientemente, pode fazer parte da alimentação da criança. As batatas fritas podem ser dadas às crianças desde os dezoito meses, uma vez a cada quinze-trinta dias.

**O preparo da batata frita.** Descasque as batatas e corte-as bem finas, em rodelas, ou em palitos mais ou menos grossos. Deixe-as de molho

em água com pouco sal. Na hora de fritá-las, escorra bem a água ou enxugue-as com um pano de pratos. Coloque o óleo (de soja, milho, arroz, girassol, algodão) para esquentar bem e então as batatas, deixando-as corar até o ponto desejado. Retire-as, colocando em papel absorvente. As batatas para as crianças deverão ser as primeiras a serem feitas. Nunca faça frituras com óleo usado mais de duas vezes, como evite também que ele fique sujo ou escuro, estragando o verdadeiro sabor dos alimentos. Pode-se usar também uma assadeira com um pouco de azeite e colocá-las no forno em vez de fritar; isso as mantêm crocantes sem a fritura tradicional.

## Os refrigerantes

A influência dos meios de comunicação na sociedade moderna chega a ser tão poderosa que tem mais poder do que a opinião dos médicos.

Todos sabem que os refrigerantes copiosamente anunciados na televisão, em revistas e em jornais não são convenientes à criança, sobretudo nos seus primeiros anos de vida, e o melhor que os médicos podem fazer é reduzir o seu uso e disciplinar a maneira de dá-los, não os permitindo antes ou

durante as refeições, mas depois. Substituir um copo de leite por um refrigerante no lanche é um crime que se comete contra a criança que não é alérgica ao leite.

É preferível substituí-lo, se não for o leite a primeira escolha, por um suco de frutas frescas feito na hora, natural ou pouco adoçado, acompanhado de um sanduíche de carne branca.

Este é um excelente lanche. Na verdade não é conveniente habituar a criança pequena a qualquer tipo de refrigerante; sua introdução na alimentação da criança não é recomendável. Os refrigerantes carecem de qualquer propriedade nutritiva, salvo o açúcar que contêm. A criança que ingere refrigerantes substitui de certa forma a comida, pois o volume líquido e a dilatação gasosa do estômago, além do sabor doce, diminuem o apetite.

Os refrigerantes contêm também substâncias chamadas polifenóis que interferem na absorção do ferro dos vegetais, podendo contribuir para o aparecimento de anemia. Com o aumento do consumo de refrigerantes na idade escolar, a anemia vem aumentando muito entre as crianças. Portanto, é melhor prevenir que crianças mais novas possam apresentar anemia evitando o consumo de

refrigerantes.

## O chocolate

O chocolate é derivado da semente do cacau. É um alimento rico, nutritivo, pelo seu teor em proteínas e ferro. A gordura chega a ser metade da sua composição, e além disso o chocolate contém alcaloides: a teobromina, que é diurética, e a cafeína, que é estimulante. Pela sua composição rica em gordura, é um alimento considerado pesado. É rico em ácido oxálico, e quando misturado ao leite se combina com o ácido deste, formando o oxalato de cálcio, que não é absorvido pelo intestino. Assim, vemos que esta combinação altera em parte a importante função do leite, que é a de fornecer cálcio ao organismo da criança. Portanto, não devem ser dadas mamadeiras de leite com chocolate, diariamente, a uma criança com um ano de vida.

Temos de admitir que o chocolate e a televisão são problemas que a sociedade de consumo criou para os pais e os médicos, porque a maioria das crianças os adora. Algumas crianças são alérgicas ao chocolate e apresentam urticária, inapetência para a refeição seguinte e em alguns casos até asma; entretanto,

outras crianças o suportam muito bem, sem maior complicação. Existem à disposição do regime infantil achocolatados, os bombons e os chocolates em barra. O chocolate em pó, em pequena quantidade, 3% a 5%, isto é, 1 colher de café rasa, para 200g de leite, pode ser admitida para a criança depois dos dezoito meses, apenas para dar sabor, se for realmente importante para fazer a criança beber leite. É totalmente contraindicado para as crianças que apresentam refluxo gastroesofagiano, pois piora o quadro. Após a cura do problema, poderá ser usado.

Entretanto, não deve ser esquecido que dar alimentos ricos em cálcio, sobretudo creme de leite, queijo cremoso e doce de leite, é importante. Como sobremesa, damos preferência ao chocolate preparado com cacau desengordurado e leite, sem nozes, avelãs ou licores. Deve ser comido devagar, bem mastigado e salivado, em pequena quantidade, depois dos dezoito meses de idade.

## REGIME PARA CADA DIA DA SEMANA

### Segunda-feira

## Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Café com leite ou leite com achocolatado (apenas 2 colheres), pão com manteiga e biscoitos

8, 9 horas

Suco de frutas + doce de abóbora

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Arroz, feijão, carne de galinha cozida com batata e cenoura + rúcula picada

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Mingau de farinha com 1 colher (de café, rasa) de achocolatado

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Purê de inhame + milho verde, peixe cozido, arroz e chuchu cozido com ovos

## Terça-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Creme de abacate, pão torrado com geleia

8, 9 horas

Suco de frutas + banana amassada com canela

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Purê de caruru ao molho branco, arroz e batata cozida + alface e tomates

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Sanduíche de queijo com geleia

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Sopa de feijão branco, arroz, beterraba, espinafre cozido com alho + frango grelhado ou assado

## Preparo

Para a quarta refeição:

Sopa de feijão branco: 100g de feijão (posto de molho de manhã), 1 litro de água, 250g de carne bovina picada, 2 cenouras, 2 batatas, 1/2 cebola, 2 tomates e 1 pitada de sal.

Cozinhe todos os ingredientes juntos, durante duas horas, em fogo brando, passando-os depois pela peneira, espremendo-os.

# Quarta-feira

## Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Mingau de araruta

8, 9 horas

Suco de frutas + bolo de laranja

## Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Feijão preto, arroz, batata, bife de carne bovina e

ovo + couve refogada

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Sorvete de creme, frutas e biscoitos

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

Picadinho de carne, ravióli de bertalha com molho de tomate e arroz

## Quinta-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Café com leite, pão com manteiga e geleia

8, 9 horas

Suco de frutas

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Arroz, feijão, guisado de fígado com cenoura +

agrião picado

## Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Mingau de aveia, sal e água

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Sopa de lentilhas, espaguete, peixe assado, couve-flor cozida + tomates e pepino picados

## Preparo

Para a quarta refeição:

Sopa de lentilhas: põe-se 250g de lentilhas numa panela com 2 litros de água e 250g de carne picada, leva-se para cozinhar. Depois acrescenta-se 1 pedaço de cebola, pouco sal, 2 cenouras, e deixa-se cozinhar, em fogo brando, até desmanchar. Passe na peneira sem a carne e leve ao fogo, colocando um pouco de manteiga.

Para o peixe assado: preparar um molho de tomate, com cebola e pouco sal. Tempere o peixe, coloque-o numa assadeira, coloque o molho sobre o peixe e leve ao forno.

## Sexta-feira

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Mingau com tostado de milho

8, 9 horas

Suco de frutas + bolo de milho ou fubá

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Miolo, purê de cenoura + feijão carioquinha com caroço + mix de folhas

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Pudim de pão ou leite condensado

### Quarta refeição
18, 19 horas (jantar)

carne assada, nhoque de batata, alface e tomate

### Preparo

Para a terceira refeição:

Pudim de leite condensado: 1 lata de leite condensado, a mesma medida da lata de leite de vaca, 1 colher (de chá) de maisena e 2 ovos. Misture o leite e o leite condensado, a maisena e acrescente as gemas. Bata as claras em neve, à parte, e acrescente à mistura feita. Faça uma calda de açúcar, despeje numa forma, coloque a mistura, levando ao forno médio para assar em banho-maria.

## Sábado

### Primeira refeição
6, 7 horas (desjejum)

Suco de fruta com sanduíche de presunto

### Segunda refeição
10, 11 horas (almoço)

Almôndega de carne, arroz, feijão e ervilhas + alface picada

### Terceira refeição
14, 15 horas (lanche)

Café com leite e pão de ló ou pudim de sagu

## Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Carne picadinha, macarrão, abóbora e cenoura picadas e agrião

## Preparo

Para a terceira refeição:

Para o pudim de sagu: 1/2 abacaxi maduro, descascado e picado, 50g de sagu e açúcar a gosto. Deixe o sagu de molho em água fria para aumentar de volume. Coloque o abacaxi, juntamente com o caldo, numa tigela. Misture o abacaxi ao sagu. Adoçe. Leve a mistura ao fogo, mexendo sempre. Quando o sagu ficar transparente e brilhante, estará pronto. Arrume o doce em tacinhas, leve à geladeira e sirva gelado.

# Domingo

## Primeira refeição

6, 7 horas (desjejum)

Banana amassada com leite e biscoito

8, 9 horas

Salada de frutas

### Segunda refeição

10, 11 horas (almoço)

Galinha, arroz, feijão e purê de chuchu + berinjela cozida

### Terceira refeição

14, 15 horas (lanche)

Sanduíche de presunto, fruta crua e suco

### Quarta refeição

18, 19 horas (jantar)

Arroz, feijão, frango ensopado com batata-baroa

## PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES (CUIDADOS NECESSÁRIOS DO DÉCIMO OITAVO MÊS EM DIANTE)

### Perigo

Por volta dos dois anos em diante, os perigos vão se acentuando devido à inquietude, à rapidez, à imitação e à independência, sem a criança ter noção do perigo à sua frente. Gosta de explorar a vizinhança, trepar, correr e, com o passar dos anos, já aprecia a velocidade, a bicicleta, o futebol, os patins etc.

## Banho e água

As piscinas de plástico são perigosas; as para adulto, então, são perigosíssimas. Nunca permita que fiquem sem a supervisão de um adulto responsável.

## Sufocação

Evitar deixar saco plásticos à vista ou qualquer objeto em que a criança possa colocar a cabeça de curiosidade, levando à sufocação.

## Queimaduras

Constituem perigo os fósforos, isqueiros e, para as meninas, saias rodadas ou mesmo vestidos feitos com

tecidos inflamáveis (alguns tipos de náilon). Garrafas de álcool e de líquidos inflamáveis deverão ser escondidas ou colocadas em lugares altos.

## Brinquedos

Bicicletas nas calçadas e, principalmente, no meio da rua. Também é perigoso jogar futebol com crianças de mais idade.

## Aparelhos elétricos e a gás

Mantenha os cuidados anteriores até a criança completar doze anos.

## Escadas, portas e janelas

Nesta idade, constituem o maior perigo as cadeiras próximas às janelas, ou que possam ser arrastadas, e também pode ocorrer à criança a ideia de elevar o assento da cadeira com caixas ou livros, para espiar. Nunca deve ser esquecido que as crianças são muito imaginativas e travessas. Os muros de terraços e jardins constituem perigo igualmente.

## Áreas de serviço e cozinha

Além dos cuidados descritos anteriormente, deverão ser levados em consideração os com lata de lixo, edifício em construção, casas velhas, poços e buracos. Na cozinha, cuidado com detergentes e produtos colocados porventura em garrafas de refrigerante.

## Amizades

Desta idade em diante, começa a aparecer o perigo da companhia dos colegas mais velhos, mal-educados ou notoriamente travessos.

## Tráfego

Os pais terão de considerar o perigo dos veículos, das calçadas ou ruas movimentadas e, nos mais velhos, a travessura de pegar carona.

# ENSINAMENTOS COMPLEMENTARES PARA OS DOIS ANOS

**1)** O dentista do bebê
**2)** A higiene dos olhos
**3)** Atividades culturais e criativas
**4)** Brinquedos e brincadeiras
**5)** Gulodices perigosas
**6)** Disciplina

## O DENTISTA DO BEBÊ

Ao completar dois anos, com o aparecimento dos segundos molares decíduos (de leite), dois superiores e dois inferiores, está completa a dentição temporária (também denominada dentição decídua). Esta primeira dentição, iniciada aos seis meses e completada entre 24 e trinta meses, é composta de vinte dentes, que deverão permanecer até os seis anos, quando se iniciará a troca para os dentes definitivos ou permanentes.

Hoje os dentistas especializados em tratamento de "dentes de leite" têm recursos de prevenção que

evitam que estes dentes tenham cáries e necessitem ser tratados.

## A HIGIENE DOS OLHOS

Iluminação deficiente pode prejudicar a visão; neste caso, é importante o uso de lâmpadas de 100 a 150 watts, e mesmo assim a luminosidade não deverá produzir reflexos.

O livro ou caderno deverá estar a uma distância de 30cm, pelo menos, da criança, e as figuras ou as letras não deverão ser muito pequenas.

### Piscar os olhos

Fechar as pálpebras é um recurso natural e eficiente para fortalecer a barreira protetora contra as excitações e as agressões, é a defesa do interior contra o exterior.

### Dores de cabeça ou enxaquecas

As terríveis dores de cabeça (ou até as enxaquecas),

periódicas e transitórias, podem ser provocadas por emoção e cansaço. A criança não se queixa diretamente, mas apresenta-se irritada, sonolenta ou enjoada. Poderão ser notadas ao terminar o segundo ano de vida. Não confunda com a cefaleia do início das doenças febris. Os analgésicos ou anti-histamínicos estão indicados após consulta ao pediatra.

## ATIVIDADES CULTURAIS E CRIATIVAS

### Livros

Os livros com gravuras coloridas deverão ser colocados à disposição das crianças. Os pais poderão contar histórias baseadas nas gravuras.

### Música

Cantam algumas músicas e gostam de ouvir rádio, CD e ver e ouvir DVDs.

## Pintura e desenho

Os lápis de cor são seus objetos preferidos, mudando-os de lugar de vez em quando, rabiscando sem motivo exato.

## Manipulação

Empilham blocos de madeira ou plástico, fazem bolinhos de areia com as mãos etc.

# BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS

Pegar a criança e jogá-la para o alto, montá-la nos ombros e correr, rodopiar, segurando-a pelos braços ou pelas pernas, pode causar acidentes graves, como fratura de cabeça, luxação (deslocamento) dos ossos dos quadris (articulação coxofemoral), dos ombros e dos cotovelos. São atitudes impróprias que devem ser evitadas.

## Brinquedos barulhentos

O uso de revólveres, metralhadoras e outros deste tipo, que emitem sons agudos, usados constantemente, pode prejudicar a audição das crianças. Constatou-se, nos Estados Unidos, que o uso constante dos denominados *firecrackers*, que além do barulho produzem faíscas, tem provocado déficit de audição em crianças menores e em idade escolar.

## GULODICES PERIGOSAS

Toda gulodice que ofereça dificuldade de mastigação pode causar problemas tanto nas vias digestivas como no aparelho respiratório, principalmente as que permanecem muito tempo na boca, tendo mais chance de causar engasgos ou ser aspiradas, provocando sufocamento. As balas denominadas "soft" ou as que apresentam as mesmas características, pelas suas propriedades de dureza e tamanho, constituem perigo de engasgo com sufocação para crianças de qualquer idade. Estas gulodices não deverão ser dadas às crianças.

# DISCIPLINA

A criança desta idade tem uma ideia muito limitada do que é bom ou ruim. Ela não entende regras e admoestações; é uma idade difícil. O castigo poderá ser parte da disciplina, porém o importante é o amor e o afeto, a companhia e os exemplos dos pais. Agrade seu filho recompensando-o, elogiando-o quando estiver contente com ele. Os pais deverão manter a disciplina flexível, sobretudo quando o filho está cansado, estressado ou doente. A expressão do rosto e o tom da voz é melhor do que bater ou dar palmadas. O melhor é o isolamento por alguns minutos, nenhuma atenção, brinquedo ou divertimento. A chave da disciplina é a consistência da sua aplicação e não variações de acordo com o temperamento ocasional dos pais; sobretudo, aplique-a com calma. Uma medida que deverá ser iniciada nesta idade é o hábito de lavar as mãos antes de ingestão de alimentos. Alguns pediatras acreditam que este hábito, usando sabão líquido, diminui a tendência a resfriados e diarreia. Também é importante estimular a criança depois que for ao banheiro.

## Crise de raiva

A criança grita, se joga no chão, chuta, bate no chão e até prende a respiração por trinta a sessenta segundos, ficando roxa e apavorando os pais. Segundo alguns educadores, isto é normal e até saudável. Ela pensa que o mundo "se virou" contra ela. Ela estava tentando ser independente, e não deixaram. A criança entende que os pais estão se metendo no seu caminho. Essas crises dependem, naturalmente, do temperamento de cada criança, e as mães já devem ter percebido e deverão saber lidar com cuidado quando tiverem de contrariá-la. O problema é quando essas crises ocorrem fora de casa, na rua, nas visitas, nas lojas comerciais, deixando os pais numa situação difícil; porém, não se deve perder a calma. Os pais ficam até envergonhados. O mais aconselhável é levá-la para um banheiro ou para o carro com um abraço imobilizador e voz mansa.

Essas explosões são sempre conflitos de disciplina, e a mãe deverá prever o que vai acontecer. As mães não deverão empurrá-las para a crise. Não provoque, a não ser que a luta valha a pena; a mãe já sabe o que pode desencadear essas crises, entretanto, alguns assuntos são inegociáveis, como tomar banho, não ir

para o meio da rua, ir para cama e outras situações.

## SUGESTÃO DE CARDÁPIOS PARA CADA DIA DA SEMANA

A orientação para a execução dos cardápios a seguir é em função de características regionais e dos hábitos do brasileiro.

| Segunda-feira | | |
|---|---|---|
| **Refeição** | **Horário** | **Preparação** |
| Desjejum | 7 horas | Leite com café ou achocolatado<br>Pão de forma com manteiga ou requeijão |
| Colacão | 10 horas | Limonada ou frutas da estação |
| Almoço | 12 horas | Arroz e feijão<br>Almôndegas de carne bovina com nabo, |

| | | |
|---|---|---|
| | | vagem e cenoura |
| Lanche | 15 horas | Pera em calda |
| Jantar | 18 horas | Macarrão com carne moída e feijão, cenoura picada e vagem |

## Preparo

### Almôndegas de carne

Misture 350g de carne moída cozida, 1 ovo batido, 1 pitada de sal, 1/4 de cebola picada, 1 fatia grossa de pão amanhecido picada. Faça bolinhas e coloque-as num tabuleiro untado. Leve-as ao forno para assar. Regue as almôndegas, de vez em quando, com caldo de carne.

### Pera em calda

Descasque 1 ou 2 peras maduras e coloque-a(as) em uma panela com pouca água e bastante açúcar. Leve ao fogo para cozinhar. Acrescente 1 colher (de sopa) de

creme de leite.

## Terça-feira

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Suco de fruta<br>Pão de leite com queijo de minas |
| Colação | 10 horas | Melancia picada ou frutas da estação |
| Almoço | 12 horas | Arroz e feijão<br>Picadinho de fígado<br>Purê de batatas + alface picada |
| Lanche | 15 horas | Arroz-doce |
| Jantar | 18 horas | Canja de galinha |

### Preparo

### Arroz-doce

Leve ao fogo 1 xícara (das de chá) de arroz para cozinhar em 3/4 de litro de leite. Depois de 5 minutos, acrescente 3/4 de xícara (das de chá) de açúcar. Retire do fogo após vinte, 25 minutos.

## Quarta-feira

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Leite com achocolatado<br>Pão francês com queijo prato |
| Colação | 10 horas | Suco de abacaxi com hortelã ou frutas da estação |
| Almoço | 12 horas | Macarrão<br>Frango ensopado desfiado<br>Cenoura *sauté* + |

| | | |
|---|---|---|
| | | espinafre cozido com alho |
| Lanche | 15 horas | Doce de abóbora |
| Jantar | 18 horas | Iscas de fígado<br>Purê de batatas, feijão + couve picada |

## Preparo

### Cenoura *sauté*

Numa panela, aqueça 1 colher (de sopa) de manteiga, cebola picadinha e óleo, deixando dourar. Adicione as cenouras raspadas e cortadas em rodelas finas. Acrescente água suficiente para cobri-las e deixe cozinhar com a panela tampada, em fogo médio, até a cenoura ficar macia. Escorra a água e sirva.

### Doce de abóbora

Corte 50g de abóbora em cubos pequenos e leve ao fogo com 50g de açúcar, sem

água, até ficar uma pasta homogênea, pois a abóbora se desfaz. Mexa com uma colher de pau para ver o ponto em que a massa começa a pegar no fundo da panela.

### Purê de batatas

Descasque 250g de batatas e cozinhe-as em 500ml de água com 1 pitada de sal. Passe-as depois pelo espremedor e leve de novo ao fogo. Acrescente 1/2 copo de leite e 2 colheres (de chá) de manteiga, mexendo sempre, até ficar cremoso.

## Quinta-feira

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Mingau de aveia<br>Biscoito com manteiga, margarina e geleia de frutas |
| Colação | 10 horas | Suco de caju ou frutas |

| | | |
|---|---|---|
| | | da estação |
| Almoço | 12 horas | Polenta ou angu<br>Filé de pescada ao forno com brócolis e cenoura |
| Lanche | 15 horas | Pudim de maçã |
| Jantar | 18 horas | Arroz e feijão<br>Suflê de couve-flor e queijo + bife + alface |

## Preparo

### Filé de pescada ao forno

Limpe 1/2 kg de filé de pescada e tempere com suco de limão e pouco sal. Faça uma pasta com 2 colheres (de sopa) de manteiga, 1 colher (de sopa) de salsa picada e pouco sal. Unte um pedaço de papel-alumínio com a manteiga temperada, embrulhe os filés e leve ao forno moderado, numa forma untada com óleo, por vinte minutos.

## Pudim de maçã

Unte um refratário com manteiga. Coloque 1 camada de fatias de pão amanhecido embebido em leite com açúcar. Polvilhe com açúcar e cubra com uma camada de maçãs descascadas e fatiadas. Polvilhe com açúcar e canela em pó. Repita as camadas sucessivamente. Asse em fogo brando.

## Suflê de couve-flor e queijo

Lave a couve-flor e separe-a em buquês. Cozinhe por 20 minutos em água e sal. Escorra e passe-a pelo espremedor. Umedeça com leite 1/2 xícara (de chá) de miolo de pão. Esprema o pão e misture à couve-flor. Junte 1/2 xícara (de chá) de queijo prato ralado e 3 gemas. Por fim, acrescente as claras batidas em neve, misturando delicadamente. Coloque em forma untada e leve ao forno, em banho-maria, em forno quente pré-aquecido, por

40 minutos.

## Sexta-feira

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Iogurte<br>Banana amassada com biscoito tipo maisena picado |
| Colação | 10 horas | Laranja pera fatiada ou frutas da estação |
| Almoço | 12 horas | Arroz e feijão<br>Bifinho de panela<br>Quibebe de abóbora + rúcula picada |
| Lanche | 15 horas | Canjica |
| Jantar | 18 horas | Risoto de frango com cenoura e brócolis<br>Feijão |

## Preparo:

### Quibebe de abóbora

Aqueça o óleo e doure a cebola e o alho. Acrescente 50g de abóbora cortada em cubos pequenos e temperados com sal, sem água, até ficar uma pasta homogênea, pois a abóbora se desfaz. Mexa com uma colher de pau para ver o ponto em que a massa começa a pegar no fundo da panela.

### Canjica

Leve ao fogo 250g de milho para canjica com bastante água e um pouco de açúcar. Deixe cozinhar até amolecer bem o grão. Acrescente 2 copos de leite e deixe ferver. Quando a canjica estiver macia, e o caldo bem espesso, retire do fogo.

### Risoto de frango com cenoura e brócolis

Desfie 1 peito de frango temperado e pronto. Prepare o arroz normalmente,

acrescentando na água de cozimento o frango, a cenoura e o brócolis picadinho. Não deixe secar muito, o risoto deverá ficar úmido.

## Sábado

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Mingau de cremogema<br>Pão de queijo |
| Colação | 10 horas | Creme de abacate ou frutas da estação |
| Almoço | 12 horas | Arroz com lentilhas<br>Panqueca de frango<br>Espinafre batido<br>Purê de aipim (mandioca) |
| Lanche | 15 horas | Doce de banana |
| | | Sopa de batata com |

| | | |
|---|---|---|
| Jantar | 18 horas | carne e couve picada |

## Preparo

### Panqueca de frango

Leve ao liquidificador 1 xícara (de chá) de leite, 1 xícara (de chá) de farinha de trigo, 1/2 colher (de chá) de fermento em pó, 1 ovo e 1 pitada de sal. Bata e deixe descansar por 5, 10 minutos. Unte uma frigideira com 1/2 colher (de sopa) de óleo e leve ao fogo baixo. Quando estiver quente, despeje 1 colher (de sopa) cheia de massa. Quando estiver corada embaixo, vire-a e deixe corar do outro lado. Retire do fogo e recheie com frango desfiado. Repita a operação até acabar a massa.

### Purê de aipim

Descasque 250g de aipim e cozinhe em 500ml de água com 1 pitada de sal. Passe pelo espremedor e coloque de novo na panela. Acrescente 1/2 copo de leite, 2

colheres (de chá) de manteiga e leve ao fogo, mexendo sempre, até ficar cremoso.

### Sopa de batata com carne e couve picada

Cozinhe 4 batatas picadas em 50g de caldo de carne. Passe depois numa peneira e acrescente 1/2 xícara (de chá) de leite, 1 colher (de chá) de manteiga e 1 gema. Leve ao fogo com 2 colheres (de sopa) de carne moída e couve picada.

## Domingo

| Refeição | Horário | Preparação |
|---|---|---|
| Desjejum | 7 horas | Leite com Neston<br>Biscoito tipo maisena com requeijão |
| Colação | 10 horas | Suco de laranja com acerola ou frutas da estação |

| | | |
|---|---|---|
| Almoço | 12 horas | Bolo de batata com carne<br>Salada de alface e tomate<br>Arroz com lentilhas |
| Lanche | 15 horas | Bolo de cenoura com sorvete de creme |
| Jantar | 18 horas | Macarrão<br>Vagem refogada com ovo pochê |

## Preparo

### Bolo de batata com carne

Numa vasilha, coloque 2 xícaras (de chá) de batata cozida e amassada, 2 xícaras (de chá) de farinha de trigo, 1 colher (de sopa) de fermento em pó, 1/2 xícara (de chá) de queijo ralado, 3 ovos batidos e misture tudo muito bem. Amasse com a ponta dos dedos até obter uma massa homogênea. Forre o fundo de um refratário com a

metade da massa. Espalhe uma camada de carne moída refogada e cubra-a com o restante da massa. Asse em forno moderado, até dourar.

### Arroz com lentilhas

Em 2 litros de água, coloque 200g de lentilhas e leve ao fogo até cozinhar. Acrescente 1 xícara (de chá) de arroz e cozinhe em fogo brando, com a panela tampada, até que fique macio.

## FIQUE LIGADO

### Dicas de alimentação do pré-escolar

**a)** Varie as preparações e arrume um prato colorido e saboroso. Isso estimula o apetite e o interesse da criança pela comida.

**b)** Ofereça sempre frutas após o almoço e jantar e evite doces, iogurte e gelatina.

**c)** Não substitua almoço e jantar por lanches.

**d)** Ofereça frutas, legumes e verduras todos os dias, pois fazem bem à saúde.

**e)** Ofereça água entre as refeições.

**f)** Os alimentos preparados em casa são mais nutritivos, saudáveis e baratos.

**g)** Evite temperos prontos e produtos industrializados (refrigerantes, doces).

**h)** Acostume seu filho a comer nos horários indicados.

**i)** Não ofereça alimentos entre as refeições ("beliscos").

**j)** Ofereça os alimentos com colher e bebida em copinho.

**k)** Estimule seu filho a comer sozinho. Isso aumenta sua independência.

**l)** Nessa idade, a criança diminui seu ritmo de crescimento e é natural que seu apetite diminua. Se ela recusar algum alimento, não se preocupe e aguarde a próxima refeição.

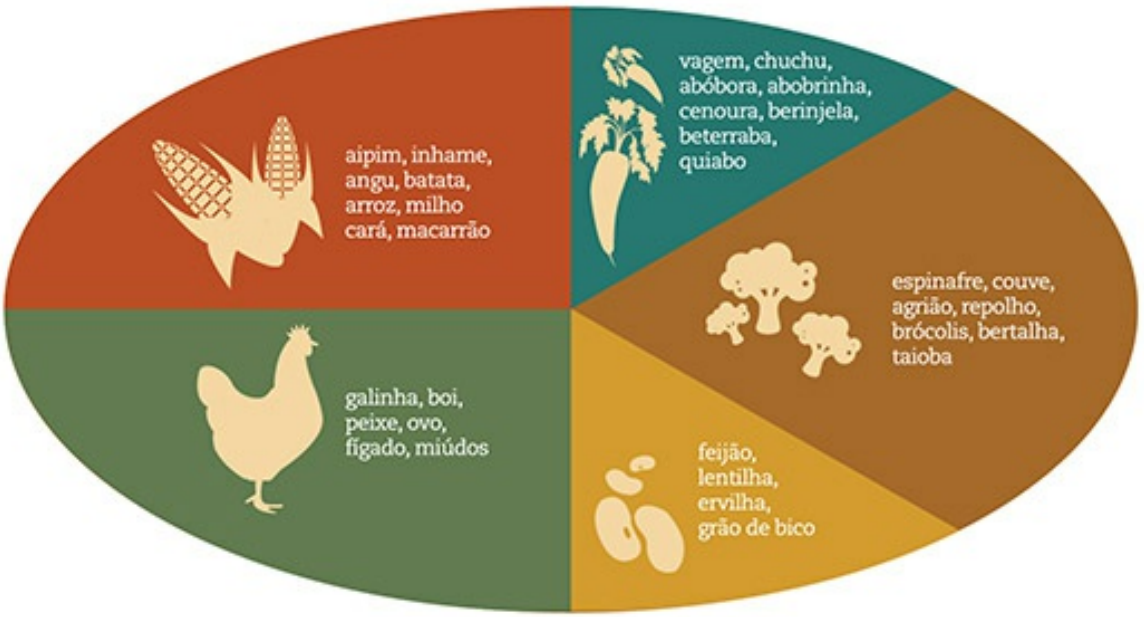
**m)** Não obrigue a criança a comer. Crie um ambiente agradável durante as refeições. O ideal é que todos da casa comam juntos à mesa.

**n)** Limpe os dentinhos de seu filho após as refeições e antes de dormir. Seus dentes ficarão sempre bonitos e sem cárie.

**o)** Acompanhe o crescimento de seu filho através do Cartão da Criança.

**p)** Sempre esclareça suas dúvidas com o profissional de saúde.

Resumo de alimentos que podem compor o almoço do pré-escolar:




Usar temperos naturais e óleo vegetal
Sobremesa: fruta

Capítulo 27

# Práticas médicas domiciliares

*Nos dias de sol, a mãe deve tomar todos os cuidados para proteger os olhos e a cabeça do bebê e impedir que seja atingido constantemente pelo sol e usar protetor solar adequado para a idade.*

## INSTRUÇÕES SOBRE COMO ADMINISTRAR OS MEDICAMENTOS

**a)** Medicamentos líquidos.
**b)** Medicamentos em comprimidos.
**c)** Como aplicar supositórios.
**d)** Como aplicar injeções.
**e)** Medicamentos em pó.
**f)** Cremes e pomadas.

## INSTRUÇÕES GERAIS

**1)** Procure distrair a criança.
**2)** Seja decidida(o), porém simpática(o).
**3)** Nunca a engane, dizendo que o remédio é "muito gostoso".
**4)** Não bata ou ameace. Além de isso ser errado, você não repetirá este erro toda vez que administrar o remédio.
**5)** Verifique a data de validade do medicamento.

**6)** Não dê aspirina a seu filho sem indicação do pediatra.

## Medicamentos líquidos

**a)** Verifique sempre o rótulo da embalagem.

**b)** Preste atenção na dosagem prescrita pelo médico. no caso de ter mais de um filho, escreva seus nomes no rótulo do remédio de cada um.

**c)** Acerte o despertador (mesmo que seja de dia) para a hora da próxima dose. Dar os remédios, sobretudo antibióticos, na hora certa é indispensável.

**d)** Dar remédio para criança menor de dois anos de idade é geralmente difícil.

**e)** Nunca dê remédio com o bebê deitado. Ele deverá ser levado ao colo ou colocado em uma cadeira, permitindo controlar melhor o engasgo, evitando sufocação.

**f)** Se a criança tem tendência a cuspir o remédio, este deverá ser colocado com a colher ou seringa bem no fundo da língua, não perto dos lábios.

**g)** Se vomitar toda a dose, dentro de trinta minutos, esta deverá ser repetida. Antes de repetir a dose, entre

em contato com o pediatra, pois alguns medicamentos, por serem sedativos ou tóxicos em doses mais elevadas, não podem ser dados em excesso.

**h)** Se for vomitado sempre, é possível que haja intolerância absoluta ao remédio.

**i)** Quando não se consegue sua aceitação, poderá ser feita uma contenção, "enrolando" os braços e o tórax da criança com um lençol ou toalha, prendendo-a no colo. Em seguida ao remédio, administre um suco de seu agrado. Este método parece estranho, e alguns pais ficam contrariados em ter de fazê-lo, mas a maioria das crianças, após uma ou duas vezes, "resolve" aceitar o remédio.

**j)** É prudente colocar metade da dose a ser dada em uma colher e a outra metade em outra. há menos chance de derramar e, se ela o cuspir, você sabe o quanto foi perdido para substituir.

**k)** Misture o remédio líquido com um xarope pesado, mel ou geleia. Entretanto, é preferível dá-lo puro e em seguida um líquido de que goste: suco de frutas ou bastante água.

**l)** Não é aconselhável diluir o medicamento na bebida, pois grande parte dele poderá ficar no fundo do copo e a criança acabará não tomando a dose necessária.

**m)** Não coloque o remédio na mamadeira.

**n)** Não aperte o nariz da criança para forçá-la a engolir o remédio. ela poderá aspirá-lo, fazendo-o penetrar nos pulmões, provocando pneumonia.

**o)** Alguns laboratórios farmacêuticos apresentam, com o medicamento, uma medida (colher de chá, sobremesa ou sopa) acompanhada com o número da medida (2, 5, 5, 7 e 10ml), o que facilita o trabalho dos pais.

**p)** Existem no mercado colheres de plástico com medidas marcadas, para a administração de remédio líquido. Outra boa opção é a utilização de uma

seringa descartável sem agulha, que além de permitir a medida exata pode facilitar a ingestão gradativa do volume.

**q)** Para os bebês que relutam em aceitar remédios líquidos, os europeus usam o método da "ponta do dedo". Preparando a dose na colher-medida, molhe o seu dedo mínimo na colher, pondo-o na boca do bebê, fazendo-o sugar o remédio, até que ele tenha tomado toda a dose. Não há dúvida de que este método exige paciência e tempo.

## Medicamentos em comprimidos

**a)** Muitas crianças de pouca idade surpreendem seus pais chupando e engolindo comprimidos.

**b)** A criança menor de cinco anos não engole bem os comprimidos, havendo necessidade de reduzi-los a pó.

**c)** Cápsulas não devem ser abertas ou esmagadas. são medicamentos que devem ser dissolvidos no estômago e não na boca.

**d)** Coloque o comprimido no fundo da colher e com outra triture-o até reduzi-lo completamente a pó. Se a criança sentir pedaços, fragmentos, poderá rejeitá-lo,

jogando-o fora.

**e)** Se o comprimido for duro, difícil de dissolver, deverá ser colocado na colher, com algumas gotas de água, meia a uma hora antes da aplicação, devendo se dissolver sozinho.

**f)** O comprimido poderá ser dissolvido em suco de frutas, geleia ou mesmo no achocolatado.

**g)** Em seguida, ofereça-lhe qualquer líquido (água ou suco de frutas).

**h)** O ideal é que não se use comprimidos em crianças menores de oito anos.

## Medicamentos em pó

São usados diluídos em água para ingestão oral, de acordo com a prescrição do pediatra.

## Como aplicar supositórios

**a)** Só aplique quando a criança estiver vomitando ou se não aceitar de modo algum um remédio por via oral e houver urgência na sua administração. Não os use como rotina, hábito.

**b)** Deverá ser mantido em geladeira, para conservar firme a glicerina que é empregada na sua fabricação.

**c)** O supositório deverá estar à temperatura ambiente quando aplicado, não devendo estar gelado.

**d)** Se tiver de ser partido, deverá ser feito no sentido longitudinal (ao comprido) e usada uma faca aquecida.

**e)** Não use lubrificantes, óleos, que possam interferir na absorção da droga. Só deverá ser usada água.

**f)** O lado mais fino é que deverá ser introduzido. O dedo indicador deverá ir o mais longe possível, até sentir que o esfíncter anal foi ultrapassado. Pessoas com unhas grandes não deverão aplicá-lo.

**g)** Mantenha as nádegas da criança juntas por cinco minutos após a aplicação.

**h)** Se ela o expelir antes de passada meia hora, uma nova aplicação deverá ser feita, sob orientação do pediatra.

**i)** A orientação atual é usar o mínimo possível o supositório.

## Cremes e pomadas

Devem ser aplicados com cuidado somente na área indicada.

## Como medir a temperatura retal — procedimento raramente indicado, sendo melhor avaliar a temperatura axilar

**a)** Verifique se a temperatura do termômetro foi "abaixada", estando em menos de 35ºC.

**b)** Nunca deixe a criança sozinha com o termômetro no reto.

**c)** Use o termômetro retal que tem o mercúrio (prateado) em bulbo (bolinha) e não o comprido, apropriado para medir a temperatura axilar.

**d)** A posição poderá ser com o bebê deitado de lado, segurando-se as pernas dobradas para relaxar os músculos das nádegas, facilitando a manobra. Convém estar sempre segurando a extremidade livre do termômetro.

**e)** Introduza apenas 2,5 centímetros (1 polegada). Os fabricantes deveriam marcar este nível.

**f)** Mantenha o termômetro por três minutos.

**g)** Antes de introduzi-lo, lubrifique-o com óleo ou vaselina.

**h)** A temperatura retal em geral é 1ºC maior do que a temperatura axilar.

## Como medir a temperatura axilar

**a)** Enxugue a axila do bebê.

**b)** Coloque o termômetro (ponta prateada, mercúrio) debaixo do braço.

**c)** Mantenha o braço da criança apertado do seu lado, para manter o termômetro em posição certa.

**d)** Mantenha esta posição por cinco minutos, antes de retirar o termômetro.

**e)** No caso de a criança estar excitada, procure distraí-la neste período de tempo.

**f)** A temperatura corporal situa-se entre 36ºC e 37ºC. só é considerada febre a temperatura corporal acima de 37,8ºC.

A temperatura oral, usada em crianças da idade escolar, não tem encontrado no Brasil boa aceitação, tanto pelos médicos como pelas mães.

## Higiene do termômetro

**a)** Lave-o com água fria e sabão neutro (a água quente poderá quebrá-lo).

**b)** Enxugue com algodão embebido em álcool a 70%.

**c)** Após o uso, guarde-o na sua embalagem.

## Termômetros eletrônicos cada vez mais utilizados

Têm grande aceitação, hoje em dia, o uso de termômetros digitais, eletrônicos, que, colocados na região axilar, "apitam", avisando a hora de ser retirados, quando foi medida a temperatura do bebê. Alguns atualmente a mãe coloca no ouvido ou na testa e a temperatura aparece imediatamente. As mães que têm estes termômetros devem ler a bula para ver como usá-los corretamente.

## Envoltórios

Envoltório frio (úmido) ou envoltório quente (úmido) não são mais utilizados.

Nunca coloque álcool na água do banho, ele poderá ser inalado, causando graves consequências. Também não esfregue o álcool na pele do bebê.

## O banho morno

É geralmente empregado para ajudar o antitérmico que fora administrado. A temperatura da água da banheira, tomada previamente, será dois graus mais baixa do que a do bebê enfermo. Se a criança estiver com 40ºC, o banho deverá ser iniciado com 38ºC (use termômetro próprio para banho). Após três ou cinco minutos de banho, adiciona-se, aos poucos, água fria, baixando a temperatura de 38ºC até 35ºC, mantendo por mais três ou cinco minutos esta temperatura, quando então se dará por terminado o banho, retirando a criança e envolvendo-a com toalha seca e felpuda. Estes banhos podem ser repetidos de duas em duas horas, na eventualidade de a criança manter elevadas temperaturas mesmo após ter sido medicada.

Se por acaso o bebê apresentar tremores, lábios

roxos, etc, deverá ser levado ao pronto atendimento para avaliação do pediatra.

## A HIGIENE DO NARIZ

### A limpeza das narinas

Deverá ser realizada com soro fisiológico sempre que necessário. Principalmente se a criança se apresentar com nariz entupido (congestão nasal). Nestes casos deve ser limpo pelo menos dez vezes ao dia.

### Inalações

Há inalações diversas, sobretudo para os casos de laringite, asma e algumas faringites. Os nebulizadores também são úteis. Os umidificadores elétricos estão sendo cada vez mais utilizados pelos brasileiros. Entretanto, alguns alergistas contraindicam o seu uso, pelo risco de aparecimento de fungos causado pelo excesso de umidade. Uma alternativa tranquila para aumento da umidade principalmente ao usar ar-

condicionado é colocar uma bacia com água no quarto do bebê; você notará que a água evaporará. Para fazer uso de nebulização, é muito importante que o nebulizador seja, quando usado, limpo diariamente com algodão e álcool nas suas paredes internas. O líquido utilizado deverá ser o soro fisiológico, que é menos irritante para a mucosa respiratória do que a água comum ou mesmo destilada. Se indicado pelo pediatra, poderão ser adicionadas ao soro fisiológico substâncias que auxiliam no tratamento da criança.

## A HIGIENE DA BOCA

Deverá ser realizada mesmo que a criança ainda não possua dentes, diariamente, com água pura associada a uma gaze pelo menos duas vezes ao dia. Este cuidado, associado à limpeza periódica de mamadeiras e chupetas, previne doenças como o "sapinho". Após a criança possuir dentes a limpeza deverá ser realizada com pasta de dente sem flúor, escova própria para a idade e fio dental.

## A HIGIENE DOS OUVIDOS

Deve ser feita com cotonete. Existem cotonetes especiais, mais rombudos, apropriados para a limpeza dos ouvidos, evitando a lesão do tímpano. Não usar palitos ou grampos. A limpeza deve ser apenas externa e não interna. Quando houver necessidade de amolecer a cera interna, um pediatra ou otorrino deverá ser consultado. Não deve ser colocado nada dentro do ouvido do bebê sem orientação médica, como água ou água quente.

## A HIGIENE DOS OLHOS

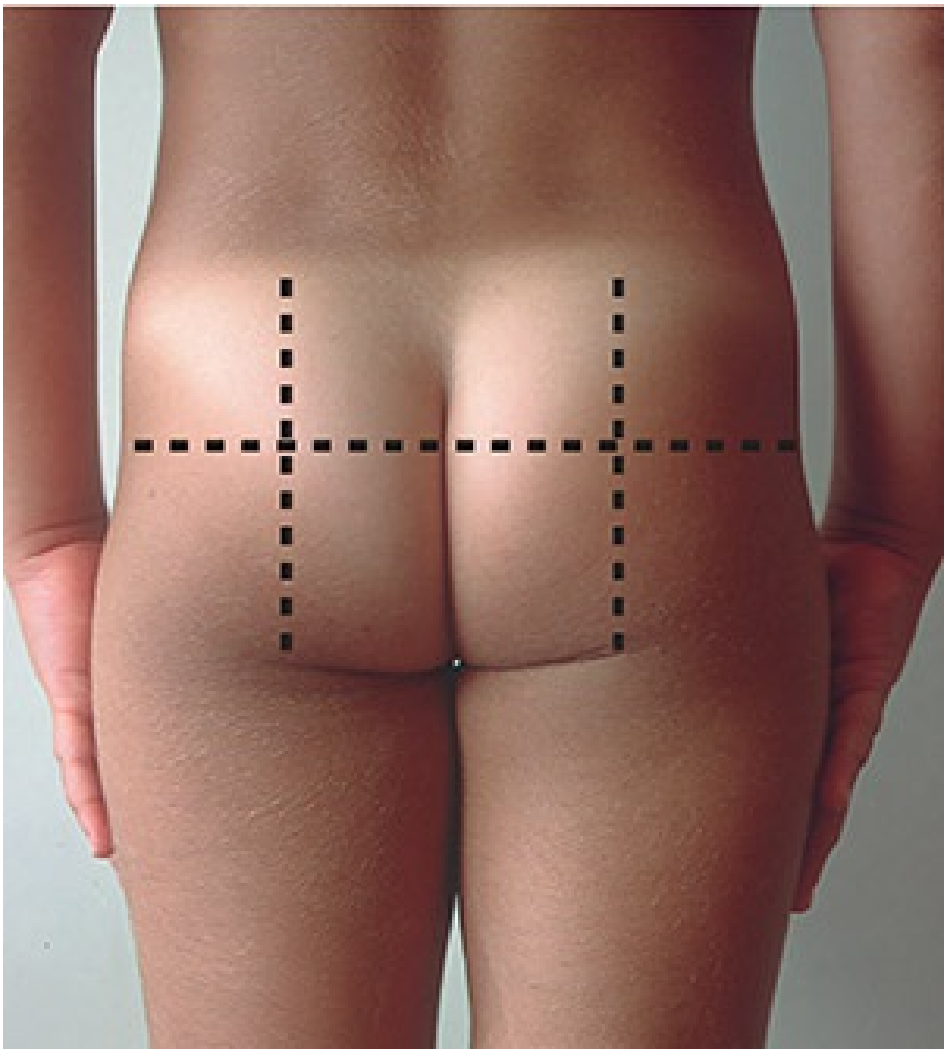
A higiene dos olhos não deverá ser desprezada, principalmente nas crianças com tendência à conjuntivite. A limpeza feita com água fervida, ou soro fisiológico, oferece bons resultados. Antissépticos mais fortes, no caso de vermelhidão ou de purgação, deverão ser usados sob indicação médica. O melhor processo de instilar a gota é colocá-la no ângulo formado pelo globo ocular e a pálpebra inferior, quando puxada para baixo com o dedo. É comum

em algumas crianças a formação de caspa, com vermelhidão na ponta de inserção dos cílios, sobre a borda das pálpebras. é a chamada blefarite. Em caso crônico, está indicado o uso de xampu neutro, fazendo-se a limpeza com o dedo indicador.

## AS INJEÇÕES

Na criança com menos de dois anos de idade deverão ser preferidas as nádegas (glúteos). A imobilização é indispensável, principalmente a das ancas, região que a criança mais agita e a mais difícil de ser convenientemente contida. Prendem-se as pernas da criança entre as pernas do adulto que faz a contenção, mantendo firme o tronco e os membros superiores com as mãos. A posição deitada sobre o ventre é a que permite melhor segurança, sendo preciso ter cuidado não só com as ancas, mas também com os braços e as pernas. O local preferido deve ser o do quadrante superior externo. dividida a nádega em duas linhas perpendiculares. A agulha deverá ser descartável, não muito longa, nem muito fina. Muitas vacinas não devem ser aplicadas na região glútea.

Nestes casos, recomenda-se o uso da musculatura lateral externa da coxa, que, por ter menos gordura que a região glútea, garante maior eficácia das vacinas.



*O local preferido para injeções é o quadrante superior externo da nádega.*

## Seringas descartáveis

Na infância, as vacinas injetáveis deverão ser sempre aplicadas com estas seringas. Não aplique

injeção na nádega do recém-nascido. O local indicado é a região muscular média externa da coxa (ou, como dizem os médicos, vasto lateral da coxa).

## COLETA DE URINA

A obtenção da urina para exames de laboratório não é tão difícil quanto parece, mas exige paciência e atenção a alguns detalhes. Por exemplo, os frascos para coleta deverão ser bem limpos, do contrário surgirão falsos diagnósticos, como o de glicosúria — perda de açúcar pela urina. Os frascos para cultura deverão ser pegos nos laboratórios ou comprados. Os frascos para cultura vêm esterilizados e lacrados, devendo ser abertos só no momento da coleta da urina.

Para as meninas, faz-se a lavagem da vulva com um chumaço de algodão embebido em água morna. Se a criança for capaz de compreender as instruções e colaborar, poderá ser instruída a urinar diretamente dentro de um frasco limpo, esterilizado e de boca larga. Despreza-se o início e o final do jato urinário (o jato intermediário é que deve ser aproveitado). A

micção deverá ser feita com as pernas bem abertas, para evitar a contaminação da urina pelo contato com as paredes da vagina. Se a criança for muito pequena, a mãe deverá procurar separar bem os lábios da vulva, com os dedos, com o mesmo objetivo. Dá-se preferência à primeira urina da manhã, levando-a imediatamente ao laboratório. Se houver necessidade de esperar algumas horas até levá-la, guarde-a em geladeira, fora do congelador, pelo tempo mais breve possível.

Para os meninos, procede-se de maneira semelhante, fazendo-se previamente a higiene do pênis, prepúcio e glande com água morna.

Se o menino for muito pequeno, incapaz de cooperar, ainda assim se consegue, com paciência, fazer a coleta do jato intermediário de urina. Tendo mais de seis meses de idade, dê-lhe um líquido diurético, como chá ou mate, e em geral a micção ocorre em seguida.

Em situações excepcionais, pacientes graves, sépticos ou chocados, incapazes de micção espontânea, pode-se recorrer à cateterização ou punção da bexiga com agulha, procedimentos que envolvem riscos e que, portanto, só deverão ser realizados excepcionalmente e por profissionais

experientes.

Nos casos menos graves e urgentes, em bebês e lactentes pequenos, podem-se utilizar os saquinhos coletores, que são bolsas plásticas com uma parte autoadesiva que se prende à região perineal (em volta do órgão genital do bebê). Faz-se uma boa higiene da região, secando-a bem com uma toalha limpa. Adere-se o saco coletor e fecha-se a fralda. Verifique a cada cinco minutos se já houve emissão de urina. Assim que urinar, fecha-se o saquinho, levando ao laboratório.

Lembre-se: é preferível um pequeno volume de urina bem coletado, de acordo com as técnicas explicadas, a um grande volume obtido sem os devidos cuidados. O uso de saco coletor pode acarretar em cultura falso positiva por contaminação da amostra.

## O USO DE BOLSAS QUENTES E DE GELO

Ainda muito usadas pela sua comodidade, como também pelas suas múltiplas aplicações, sobretudo para o caso de dores abdominais e reações vacinais.

São de borracha ou impermeáveis, cheias de água quente ou fria, neste caso contendo pedaços de gelo. Deverão ser bem fechadas para evitar o extravasamento do líquido, provocando queimaduras no caso de água quente, incômodos no caso de água gelada, também não devendo ser demasiadamente pesadas para as crianças. As de forma redonda são as mais práticas, e as retangulares para os flancos (lados). Não deverão ser aplicadas diretamente sobre a pele, e sim envolvidas em fraldas de pano.

## O BANHO DE SOL

A exposição ao sol deverá ser sempre progressiva, procurando-se adaptar o organismo da criança de acordo com a sua reação. Deve-se colocar o bebê diretamente sob o sol e não através do vidro da janela. O período mais conveniente é o das oito às dez horas, conforme a estação do ano, quando a atmosfera está menos carregada de umidade e rica de raios ultravioletas. Durante o inverno, será protelado para as dez ou onze horas, e no verão, antecipado para as oito ou nove horas, conforme o calor do dia. A cabeça

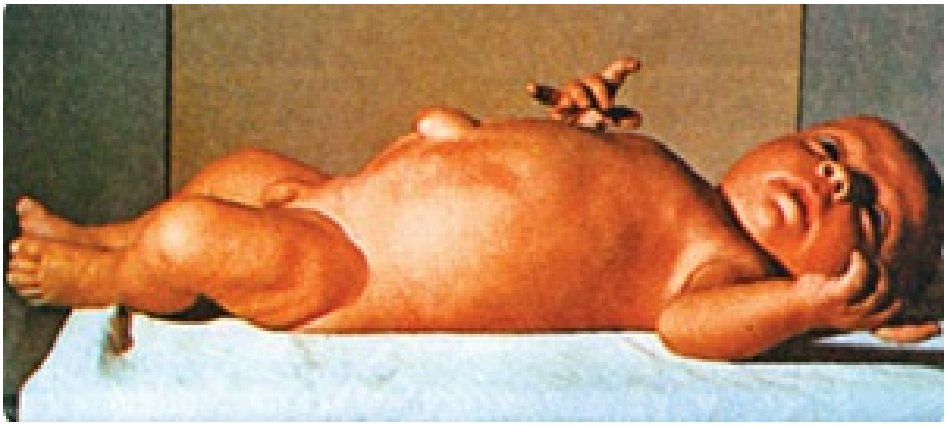
sempre deverá estar coberta e os olhos protegidos. A temperatura deverá ser verificada após o banho, não devendo ser elevada, e sim normal. A curva semanal de peso deve ser verificada, bem como se após a exposição ao sol a criança se mostra abatidinha. O banho de sol, para o bebê de menos de um ano, não deverá passar de quinze minutos para a frente do corpo e quinze minutos para o dorso. As queimaduras causadas pelo sol são tão perigosas quanto as causadas pelo fogo. Nas crianças que forem mais sensíveis aos raios solares poderá ser aplicado antes um creme adequado, que proteja a pele sem prejudicar a absorção benéfica dos raios ultravioletas. Os cremes protetores solares só estão indicados para uso após os seis meses de idade.

## AS HÉRNIAS

### Hérnia umbilical

O emprego de objetos pequenos, como moedas e botões, é contraindicado, pois, às vezes, podem penetrar no orifício herniário, traumatizando-o

(machucando) ou dificultando a obturação desejada. Não deve ser realizado qualquer procedimento. A hérnia umbilical é bastante comum até seis meses pela fragilidade da parede abdominal. Os pais devem ficar tranquilos porque na grande maioria dos casos elas não produzem dor e nem desconforto local. Normalmente a redução espontânea ocorre com até dois anos de idade, quando, em casos resistentes, indica-se a cirurgia.



*Hérnia umbilical, quando pequena, tem resolução espontânea em quase 100% dos casos.*

## Hérnia inguinal

Também neste caso, objetos pequenos, botões e moedas não deverão ser usados. No capítulo referente à hérnia inguinal está relatado que a intervenção cirúrgica é a solução indicada, devendo ser feita o mais breve possível após seu diagnóstico.

# PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES

**a)** Use cadeiras baixas.

**b)** As escadas deverão ter portões ou cercados.

**c)** As janelas deverão ser protegidas do meio para o parapeito

**d)** Use grades fixas e/ou telas protetoras nas janelas e varandas.

**e)** Evite cadeiras ou móveis encostados próximos às janelas.

**f)** Mantenha os cabos das panelas voltados para o lado de dentro do fogão.

**g)** Proíba as crianças de irem à cozinha, mantendo a porta sempre fechada (tenha um portão).

**h)** Não lhes dê objetos pequenos, que possam engolir (botões, feijões, contas, moedas etc.).

**i)** Assegure uma instalação elétrica bem protegida, inclusive tomadas (existem protetores de plástico).

**j)** Poços, laguinhos e piscinas deverão ser cobertos com redes, tampas ou cercados.

**k)** Coloque os remédios em prateleiras altas ou em armários fechados com chave, bem como inseticidas ou venenos para ratos.

**l)** Evite que brinquem com fósforos, tesouras pontiagudas, etc.

**m)** Não os deixe comer gulodices de preparo duvidoso, evitando, assim, intoxicação alimentar.

**n)** Não coloque produtos químicos (querosene, detergente etc.) em garrafas de refrigerantes ou sucos.

## RESSUSCITAÇÕES CARDÍACA E PULMONAR

Em muitos acidentes domésticos, antes do atendimento médico-hospitalar, ocorre uma parada da circulação e da respiração com grave risco de morte para o doente. É muito importante que os pais aprendam a fazer um primeiro atendimento para estas situações com risco de morte, de forma a evitar que ocorra o pior ou mesmo dar à criança chance de sobreviver em boas condições, ou seja, sem dano cerebral.

Estes primeiros-socorros são chamados de o ABC da ressuscitação. Estas letras, procurando uma analogia com o ensinamento das primeiras letras, são retiradas das iniciais em inglês do que deve ser

procurado como urgência máxima em uma criança em risco de morte. A de *airway*, ou seja, via aérea. B de *breathing*, ou seja, respiração. e C de *circulation*, ou circulação.

A primeira coisa a ser feita é verificar se o bebê está respirando e se o coração está batendo. A cor da pele arroxeada (moteada) e lábios cianosados são o primeiro sinal. Para termos certeza de que o coração está batendo, devemos apalpar uma artéria de grosso calibre e sentir sua pulsação.

O melhor lugar para avaliar, no bebê, é a artéria braquial, que está localizada na dobra do braço. Em crianças maiores: as artérias do pescoço (artéria carótida) e na região da inguinal (artéria femural).

Se a criança estiver sem pulso a primeira coisa a fazer é iniciar a massagem cardíaca. Deve-se fazer uma pressão no esterno (osso da frente do tórax onde as costelas se unem), mas devemos ter muito cuidado, pois as mãos devem estar no esterno, na mesma altura dos mamilos da criança. Se a criança for muito pequena a massagem deve ser feita apenas com os dedos.

A massagem cardíaca deve rebaixar o tórax em quatro centímetros em crianças com menos de dois anos e cinco centímetros em crianças com mais de dois anos. Deve-se sempre deixar o tórax voltar à posição inicial antes de comprimir novamente. A

cada trinta compressões, deve-se fazer duas respirações boca a boca, se houver apenas uma pessoa prestando socorro, e quinze compressões para duas respirações boca a boca, se houver mais uma.

A respiração boca a boca deve ser feita da seguinte forma:

**1)** Checar se há algum objeto visível na boca que atrapalhe a respiração e retirá-lo.

**2)** Soprar ar para dentro do pulmões da criança. Em crianças menores, pode-se englobar boca e nariz. Se a criança for maior, não esquecer de fechar o nariz ao fazer a respiração boca a boca.

**3)** Não esquecer que um adulto tem muita força e não enviar ar demais, só o suficiente para ver que o tórax da criança se mexeu como se estivesse repirando.

Não se deve fazer massagem e respiração boca a boca ao mesmo tempo. Primeiro é feita a massagem e depois a respiração, mesmo quando há duas pessoas prestando socorro.

Observações importantes:

**1)** Sempre pedir ajuda. Neste caso, é necessário treinamento especializado e a criança deve ser levada ao hospital. Além disso, uma pessoa sozinha não conseguirá manter as manobras de ressuscitação por muito tempo.

**2)** Quando as pessoas especializadas chegarem, os pais devem se afastar. Muitos ficam nervosos e querem fazer parte da ressuscitação, mas, se for

pedido para se afastar, obedeça, pois é a melhor ajuda que seu filho poderá ter.

## SITUAÇÕES EM QUE É NECESSÁRIO SOCORRO URGENTE

**1)** Acidose

**2)** Afogamento

**3)** Artralgia

**4)** Asfixia

**5)** Asma

**6)** Choque clínico

**7)** Choque elétrico

**22)** Fratura

**23)** Hemorragia nasal

**24)** Hemorragia em geral

**25)** Hemorragia intestinal (sangue nas fezes)

**26)** Inflamação

**27)** Insolação

**28)** Luxação (torcedura)

**8)** Cólica (dor de barriga)

**9)** Coma

**10)** Contusão craniana (pancada na cabeça)

**11)** Contusão ocular (pancada nos olhos)

**12)** Contusão comum (em qualquer parte do corpo)

**13)** Contusão abdominal (pancada na barriga)

**14)** Convulsão (ataque)

**29)** Mordida de animal

**30)** Mordida humana

**31)** Morte no berço

**32)** Objetos (corpo estranho) engolidos ou no nariz

**33)** Animais peçonhentos (picadas venenosas)

**34)** Queda (tombo)

**35)** Queimadura

**15)** Desidratação

**16)** Deslocamento do cotovelo

**17)** Desmaio

**18)** Diarreia aguda (emergência)

**19)** Envenenamento

**20)** Febre

**21)** Ferimento

**36)** Respiração artificial

**37)** Ressuscitações cardíaca e pulmonar

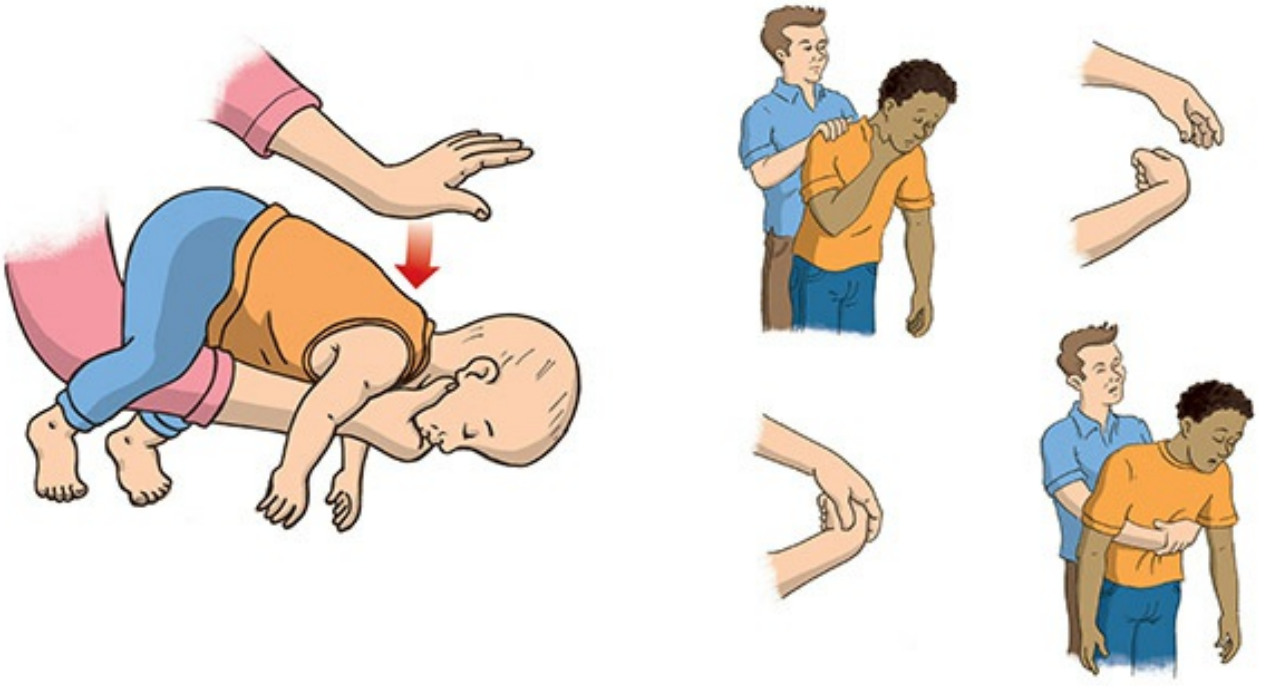
**38)** Sonolência repentina

**39)** Soluços

**40)** Sufocação (engasgo)

**41)** Temperatura baixa (hipotermia)

**42)** Vômitos



*Técnicas de desengasgo em lactentes e pré-escolares, respectivamente.*

## ACIDOSE

A palavra acidose, bem conhecida do público, significa apenas um detalhe de grave distúrbio que pode acometer a criança. No conceito clínico usado para o público, acidose é a condição causada pelo acúmulo, no corpo da criança, de ácidos (envenenamento ácido). A explicação de como este fenômeno ocorre não ficaria muito adequada para um livro de puericultura. Assim, acidose não é diagnóstico, mas, um sinal de doença que está

ocorrendo no organismo da criança (desidratação). Para os pais, a acidose ocorre sempre por vômitos. Porém, pode haver acidoses sem vômitos, e, por sinal, são, as mais graves (caso de retenção de urina ou de diarreia com grande perda de água). Os sinais que chamam a atenção dos leigos são cheiro de acetona no hálito da criança, palidez e prostração (a criança fica caidinha).

O que se deve fazer antes de o médico chegar?

Dê à criança colherinhas (de chá) de cinco em cinco ou de dez em dez minutos, da seguinte solução: 1 copo de água com 1 colher (de sopa) de açúcar refinado e 1 colher (de chá) de sal ou soro de reidratação oral.

O que chama a atenção é a prostração da criança e a taquipneia (respiração acelerada). Deve-se investigar a possibilidade de doença renal ou diabetes. Suspeita-se de diabetes quando há hálito cetônico e quando a criança continua urinando abundantemente apesar de estar desidratada. Na desidratação por gastroenterite, uma das características é a diminuição ou parada da eliminação da urina. Doenças renais também podem provocar acidose grave. O esclarecimento da causa da acidose será feito pelo médico, que solicitará exames de sangue e de urina. No caso de acidose provocada

pela gastroenterite com desidratação, recomenda-se administrar, aos poucos, a seguinte solução hidratante oral (soro oral).

- 1 litro de água
- 1 colher (de café, cheia) de sal
- 2 colheres (de sopa, cheias) de açúcar

Este soro deverá ser dado à temperatura ambiente (nem quente nem gelado). O ideal é que seja iniciada a reidratação oral antes que ela se torne grave. Ou seja, quando os primeiros sinais e sintomas iniciarem. Nos casos de desidratação grave, com acidose, o médico deverá recorrer à via venosa, com a criança internada.

## AFOGAMENTO

Afogamento é a segunda causa de morte de crianças por fatores externos. O atendimento deve ser imediato. O afogado apresenta pulso fraco, perda da consciência e queda de temperatura. Às vezes

apresenta-se com uma coloração azul (afogado azul); e outras, extremamente pálidos (afogado branco). O afogamento está sempre relacionado com a prevenção adequada, já que não está relacionado ao volume de água, e sim à capacidade da criança de responder à situação (crianças pequenas podem se afogar em tanques ou vasos sanitários). Não devemos perder tempo tentando tirar a água do pulmão, a maior parte do corpo é de água, então o organismo saberá a melhor forma de lidar com isso. Devemos sim iniciar a respiração boca a boca, assim que possível. Se o paciente estiver em parada cardíaca, iniciar massagem cardíaca assim que puder. Uma segunda pessoa deve chamar por uma ambulância.

## ARTRALGIA (DOR NAS ARTICULAÇÕES)

Sua maior causa é o traumatismo, a pancada. Se não houver ferimento penetrante ou escoriação (arranhadura), bastará aplicar compressas geladas, ou mesmo gelo, e fazer a criança repousar, e tudo estará bem. A radiografia só será exigida se houver suspeita de fratura. Se aparecer febre, há perigo de infecção do

osso (osteomielite), que torna o caso grave e a assistência médica indispensável. Dores nos joelhos e nos tornozelos são comuns durante a infância. Não havendo vermelhidão, inflamação, aumento de volume, sensação de volume ou sensação de calor, geralmente nestes casos a causa está nas próprias atividades diárias (correrias, quedas, pulando ou andando de velocípede, triciclo) e a criança só se queixará algum tempo depois da pancada. Normalmente esta dor só dura de seis a oito horas. Se ela persistir por mais de 24 horas, o médico deverá ser consultado. Outro fato que deve ser valorizado é o de mais de uma articulação afetada ao mesmo tempo.

Quando a criança que se queixa de dor nas articulações, sem qualquer história de traumatismo, começar a capengar (claudicar), diversas causas deverão ser procuradas: reumatismo, artrite e outras doenças.

## ASFIXIA — INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NA CRIANÇA

A asfixia é o estado clínico resultante da obstrução da

passagem do ar através das vias respiratórias, nos próprios pulmões ou ainda a incapacidade de os glóbulos vermelhos fixarem o oxigênio do ar (no caso de envenenamento).

A criança asfixiada, sufocada, apresenta sinais e sintomas clínicos conhecidos: movimentos respiratórios acelerados (taquidispneia), retração acima das clavículas, entre as costelas e abaixo delas, batimentos das asas do nariz, gemidos, coloração azulada dos dedos e lábios (cianose), escurecimento da visão (obnubilação), perda dos sentidos, desmaio e coma. A asfixia em clínica infantil acontece principalmente em dois momentos: o primeiro, do recém-nascido; o segundo, dos bebês de um a 24 meses. Recém-nascido: as causas são membrana hialina, aspiração maciça do líquido amniótico, septicemia, pneumotórax, enfisema, malformações congênitas de qualquer local das vias aéreas, cardiopatia (doença do coração), hemorragia pulmonar e traumatismo cerebral. No bebê após trinta dias de vida até dois anos: obstrução das vias aéreas ou corpo estranho, infecções, laringites, bronquiolites, pneumonia, septicemia, doença do coração (cardiopatia congênita), infecções no sistema nervoso, como meningites e encefalites, e asma

brônquica.

## Tratamento deve ser no hospital

O tratamento depende da causa que está provocando a asfixia. Entretanto, existem medidas de ordem geral, como dar oxigênio de qualquer maneira, por cateter (tubo plástico) nas narinas, máscara, tenda de oxigênio, recursos "heroicos" (como a intubação e a traqueostomia), aumentar a umidade do ambiente (vapor d'água) e hidratar a criança, a fim de evitar a desidratação.

# ASMA

## Conselhos para os pais quando seu filho tiver uma crise de asma

**a)** Todos deverão manter a calma, pois o temor e a angústia passam à criança, agravando a crise.

**b)** Mantenha a criança deitada ou sentada na cama, confortável, recostada num travesseiro.

**c)** Distraia-a com a televisão, com o rádio, converse ou conte histórias.

**d)** A criança deverá estar sempre acompanhada, se possível, de uma pessoa de que goste e que lhe transmita confiança e segurança.

**e)** Faça com que ela beba líquidos (sem forçá-la).

**f)** Evite odores fortes, como o de comida (peixe frito e outros, por exemplo), pintura de paredes dos quartos e a presença de animais (gatos, cachorros ou aves).

**g)** Cuidado com os vaporizadores. Os vaporizadores para aumentar a umidade do ar podem ser úteis para outras doenças do aparelho respiratório, mas raramente ajudam a melhorar a crise asmática e, em alguns casos, podem até piorá-la, considerando que existem asmáticos em quem a umidade agrava a dificuldade respiratória.

**h)** A medicação deverá ser prescrita pelo médico se for a primeira crise; no caso de ser repetição, doente crônico, poderá ser administrado o medicamento já empregado e que tem dado resultado satisfatório.

**i)** O mal asmático (status asmático), a crise que não cede com medicação habitual e se prolonga, requer hospitalização.

**j)** Não fume próximo da criança.

**k)** Na dúvida procure um atendimento médico.

## Quando a criança em crise asmática deverá ser hospitalizada

**a)** No caso de não melhorar com a medicação adequada e rigorosa.

**b)** Quando desidratada, mesmo sem apresentar vômitos ou diarreia, mas com transpiração abundante (sudorese intensa), boca e língua secas, dificuldade de cuspir ou expectorar (escarrar). A desidratação dificulta a ação terapêutica da medicação habitual.

**c)** No caso de haver vômitos constantes.

**d)** Quando os pais estiverem apavorados e o doente angustiado, amedrontado.

**e)** No caso de hipercapneia (excesso de gás carbônico no sangue), o asmático se apresenta sonolento, com diminuição de resposta à dor, perturbação da consciência, contrações musculares involuntárias, tônus muscular reduzido (braços e pernas moles).

**f)** No caso de hipoxemia (diminuição de oxigênio), o asmático apresenta-se cianótico (lábios azulados),

inquieto, agitado, cansado, com dificuldade para falar e com batimentos acelerados do coração (taquicardia).

## CHOQUE CLÍNICO

Ele se caracteriza pela diminuição duradoura da irrigação do sangue no organismo. A deficiência de sangue nos órgãos causa uma insuficiência aguda na nutrição e oxigenação dos tecidos. Das causas mais frequentes de choque na criança podemos destacar a redução de volume do sangue por perda de água (plasma líquido), hemorragias, doenças cardíacas, dengue, infecções bacterianas graves que causem sérias perturbações no sistema vascular etc.

O tratamento terá de ser o mais rápido e eficiente possível, utilizando-se, conforme o caso, soro fisiológico, alcalinizantes, sangue, medicamentos etc.

O choque alérgico, denominado anafilático, é raro, mas temido pela sua dramaticidade. O tratamento de urgência consiste na administração de adrenalina milesimal por via subcutânea. Para crianças e adultos que possuem crises de anafilaxia com certa

periodicidade está indicado o uso de caneta de adrenalina, que atualmente está disponível no mercado e tem a dose adequada e segura para crianças e adultos com este distúrbio.

## CHOQUE ELÉTRICO

Os acidentes causados por corrente elétrica, provocados por aparelhos eletroeletrônicos e tomadas, apesar de serem de baixa tensão, não deixam de provocar sinais e sintomas para os acidentados, desde queimaduras, vertigens e desmaios até a inconsciência e mesmo parada respiratória e parada cardíaca. O tratamento inicial consiste, após interromper o choque, em afrouxar as roupas e colocar compressas frias na testa e, se for mais intenso, fazer massagem cardíaca e respiração boca a boca. No caso de a criança ficar presa pela corrente elétrica, a medida imediata é desligá-la e livrar a vítima, usando borracha, madeira, plástico ou luvas isolantes. Dos aparelhos domésticos, a televisão deverá ser vigiada com maior cuidado, por ser o mais perigoso (alta tensão). Outro problema é quando a

criança morde um fio elétrico, o que pode levar a uma grave queimadura em volta da boca, com grande perda de tecido.

## CÓLICA (DOR DE BARRIGA)

Geralmente a dor começa por cólicas ou cãibras (contração dolorosa e espasmódica dos músculos do abdome ou das vísceras). Habitualmente a palavra cólica se refere às vísceras (órgãos), intestinos, vesícula, rins e outros, e cãibra, à dor nos músculos. A causa mais comum de dor de barriga são as infecções do estômago e dos intestinos, tecnicamente denominadas de gastroenterites, quando as cólicas duram alguns minutos e vão se repetindo. Geralmente são acompanhadas de vômitos ou diarreia e febre. No caso de, após uma hora, os pais não conseguirem suavizá-las, deverão contactar o médico. No bebê, nos dois primeiros meses de vida, quando as cólicas são intermitentes, associadas a vômitos, e o bebê permanece estranhamente quieto, parado, pálido, mas sem febre, e com os olhos arregalados, é possível que seja a invaginação

intestinal, intussuscepção que os leigos chamam de "nó nas tripas". Deve-se evitar dar aspirina, qualquer outro analgésico ou medicamentos antiespasmódicos contra cólicas, como o Elixir Paregórico e outros, pois, melhorando a dor, podem dificultar o exame médico, impedindo um diagnóstico rápido, principalmente se a doença for de solução cirúrgica.

O que se deve fazer, então, é colocar uma bolsa de água quente, com calor suportável, e observar a melhora do bebê. A dor na barriga pode ter a causa fora do aparelho digestivo; assim, até infecções urinárias, inflamações de garganta e pneumonia podem vir acompanhadas de dor na barriga. Os alimentos contaminados (infectados), estragados, ingeridos em excesso ou mal preparados também poderão ser os responsáveis pelas perturbações gastrointestinais. Os vermes são frequentemente apontados, mas só quando em grande número, podendo produzir inflamação do revestimento (mucosa) dos intestinos. As dores na barriga, às vezes, têm causa "nervosa" emocional ou por disritmia (eletroencefalograma anormal), podendo ser observadas desde o primeiro ano de vida.

Neste caso, a criança apresenta perda total (ou parcial) da consciência, não reagindo aos estímulos sensoriais (som, luz, beliscões, alfinetadas) e apenas mantendo a circulação sanguínea e a respiração, sendo que, nas formas graves, estas também poderão estar seriamente comprometidas.

O estado de coma pode se instalar lentamente, o que permite ao médico fazer o diagnóstico e proporcionar um tratamento adequado, embora o estado do paciente vá se agravando progressivamente. Entretanto, há comas que aparecem repentinamente no decurso de algumas doenças, cuja evolução corria favoravelmente, e temos de admitir a possibilidade de o coma se instalar repentinamente em pessoas que estavam em aparente bom estado de saúde. As causas mais frequentes de coma na infância têm sido desidratação grave, infecções agudas do sistema nervoso central (meningites e encefalites), infecções bacterianas (sepse), traumatismos, quedas, pancadas na cabeça, diabetes, hemorragias e intoxicações.

## Tratamento

O tratamento varia com a causa responsável e os leigos pouco podem fazer para socorrer. O coma é um caso de emergência. Enquanto se aguarda por socorro, deve-se colocar a pessoa em posição confortável, para facilitar sua circulação e se evitar qualquer manipulação, como mexer ou mudar o doente de posição, para que não se acentue o estresse, que é o desequilíbrio do organismo em relação às suas funções e à composição química dos seus líquidos e das suas células. O importante é manter a temperatura normal. Se o doente estiver frio, procure aquecê-lo com um cobertor.

## CONTUSÃO CRANIANA — PANCADA (TRAUMATISMO) NA CABEÇA

Receber pancadas na cabeça (golpes, choque, baque) é comum no decorrer da infância. E qual a criança que nunca caiu da cadeira, da cama ou, correndo, caiu e bateu com a cabeça no chão ou nos móveis? Um educador americano já disse, em tom de brincadeira, que a criança que nunca deu uma cabeçada ou levou uma queda é que deve ser

observada com a maior atenção.

Geralmente, há muito choro e um abraço apertado da mãe supera as dificuldades; em alguns minutos tudo é esquecido, a criança voltará a brincar normalmente e nada deverá ser feito; os pais deverão ficar calmos. Há um ditado popular que diz: "Deus protege as crianças e os bêbados", ou "À criança e ao borracho, Deus põe a mão por baixo".

Quedas de cabeça decorrentes de certa altura ou encontrões contra móveis, portas e colegas podem trazer problemas. Pancadas deste tipo causam dor e a criança habitualmente grita, revelando sofrimento; a criança para, senta ou fica deitada, segurando a cabeça, e terá uma expressão fisionômica de quem está apavorado. Após alguns minutos, embora revelando sofrimento, ela procurará estabelecer contato com as pessoas e, se for maior, conversará sobre o ocorrido. acusará dor de cabeça e procurará se deitar ou dormir. Poderão ser colocadas compressas frias no local da pancada. Os pais deverão ficar atentos com tombos de 1 metro de altura em crianças abaixo de 1 ano, quando a criança ficar muito sonolenta ou irritada, apresentar vômitos posteriores (às vezes as crianças apresentam vômito por chorar muito), porém se forem repetidos, 2 ou mais

episódios, ou houver perda da consciência, uma emergência deverá ser procurada.

## CONCUSSÃO CEREBRAL

É o trauma do cérebro, causado por queda ou traumatismo após um acidente. A criança fica inconsciente durante minutos ou horas, vomita e queixa-se de dor de cabeça. Não é necessário forçá-la a ficar acordada, principalmente à noite. Isto só a tornará mais irritada, prejudicando a avaliação do estado mental. Neste caso, um médico deverá sempre avaliar a criança. A criança deverá ser observada constantemente durante doze horas, se possível por um médico ou em um hospital. Os sinais e sintomas a serem observados são os relacionados com a atividade e a vivacidade do estado mental dela. Mantenha-a em repouso.

## TRAUMATISMO CRANIANO (LESÃO CEREBRAL)

O grande perigo no trauma encefálico é a possibilidade de ruptura dos pequenos vasos sanguíneos existentes na superfície do cérebro, debaixo do crânio, causando hemorragia, com a formação de coágulos que poderão comprimir o cérebro. A hemorragia poderá ocorrer imediatamente ou horas mais tarde. Em muitos casos há um intervalo de algumas horas entre o momento da pancada e o aparecimento da hemorragia. Esta é a razão de a criança que sofreu uma grave queda ficar em observação constante por seis horas pelo menos e, em alguns casos, por doze ou 24 horas. Confirmada a hemorragia poderá ser indicada a intervenção cirúrgica, esta deverá ser feita por um neurocirurgião. O diagnóstico das lesões cerebrais deverá ser feito, obrigatoriamente, com o auxílio de tomografia computadorizada. Este exame permite ao neurocirurgião localizar o ponto exato da lesão e gravidade, facilitando a cirurgia. Crianças que apresentem complicações após uma pancada na cabeça poderão apresentar perda da consciência, convulsão, delírio, confusão, desorientação, sonolência, letargia (sono profundo e contínuo) e vômitos. Neste caso, a presença do médico é indispensável e urgente. Se a criança tiver de ser

transportada em automóvel comum, deverá ser colocada no banco de trás, com travesseiros ou almofadas ao lado da cabeça para firmar o pescoço. Deve-se evitar que sua cabeça balance ou fique caída quando ela for levantada. Se não houver automóvel, poderá ser transportada em ambulância, o que é mais indicado, ou, em caso de emergência, até os bombeiros poderão ser solicitados. Nos casos graves, quando a criança manifesta alguns sinais, como palidez acentuada, transpiração (sudorese) abundante, pele fria, ela está em estado de choque, necessitando de socorro imediato.

Pode acontecer de o bebê cair do berço, do carrinho, da cadeirinha, da balança pesa-bebê, apesar de todos os cuidados. O tombo do bebê é seguido de um período de silêncio absoluto, que parecerá durar horas, seguido de uma forte crise de choro. O bebê poderá mostrar a formação de um "galo" (hematoma) na cabeça ou no local da pancada. Depois de alguns minutos, a maioria dos bebês se apresenta calma. Entretanto, alguns ficam sonolentos ou desinteressados de suas atividades habituais. Os pais deverão observar se o bebê se mantém alerta em relação ao ambiente (pessoas e coisas), embora ainda esteja tonto ou sonolento, da mesma forma que ele

fica em condições normais meia hora antes de dormir. Se o bebê estiver bem é porque nada houve de anormal, fora o susto dos pais. Se houver alguma dúvida, os pais deverão entrar em contato com o médico. O hematoma formado deverá desaparecer em alguns dias, sem necessidade de qualquer medicação.

## Sinais de complicação decorrentes de pancada na cabeça

### O médico deverá ser sempre avisado:

**a)** Se não for possível acordar facilmente a criança.

**b)** Se a criança vomitar, mais de uma vez, logo após, ou se começar a vomitar horas depois do acidente.

**c)** Se a pupila de um dos seus olhos se mostrar maior do que a outra.

**d)** Se a criança não usar os braços ou as pernas em condições normais, como fazia.

**e)** Se seu modo de falar estiver diferente ou se estiver aparentemente incapaz de falar direito.

**f)** Se a dor de cabeça não melhorar com a administração de um analgésico, ou se for piorando.

**g)** Se a criança se queixar de estar vendo imagem

dupla das pessoas e dos objetos ou se não puder mover os olhos com facilidade.

**h)** Se a criança respirar com dificuldade ou apresentar cianose (lábios e mãos roxos). Nos casos em que a criança apresenta distúrbios de comportamento após traumatismo craniano, deverá haver acompanhamento pediátrico e neurológico por um período variável, até que a situação se normalize.

## A radiografia da cabeça

Saber se há necessidade de bater uma "chapa", radiografar o crânio, é sempre uma questão a ser analisada. De modo geral, não é obrigatória a radiografia sempre que a criança sofrer uma pancada na cabeça. Naturalmente isso dependerá das condições e das consequências do que aconteceu. Raramente ela dará informação importante melhor do que o exame clínico.

Na hipótese de ter havido fratura de um dos ossos do crânio, ela só será importante se tiver provocado sinais e sintomas na criança. Pequenas fraturas lineares e fissuras são comuns, sem maiores consequências, e não exigirão qualquer tratamento. O principal exame caso o médico desconfie de uma

anormalidade é a tomografia de crânio.

## TRAUMATISMO (PANCADA) NO GLOBO OCULAR

### Corpo estranho (cisco, grão de areia etc.)

No caso de haver um corpo estranho, não aperte nem esfregue o olho, nem procure tirá-lo com a ponta de um lenço; o bom mesmo é chorar, pois as lágrimas lubrificam os olhos e conduzem o corpo estranho para o canto interno, e ele acaba por sair sozinho. O indicado é lavar bem os olhos com água. Para os casos de contato com ácido, álcool, amônia, agentes físicos (como queimadura de sol, devido a ficar olhando diretamente o sol ou à radiação de raios ultravioleta) ou secreção de plantas, o tratamento será feito após consulta com médico.

## CONTUSÃO SIMPLES (EQUIMOSE)

A contusão (pancada) que deixa uma marca preto-azulada na pele, por traumatismo, é provocada pela hemorragia dos vasos sanguíneos da pele. Pode acontecer com a pele íntegra ou associada a escoriações, ferimentos, arranhões ou cortes. Com os dias, esta marca se apresenta com uma coloração verde-amarelada que, habitualmente, desaparece em duas semanas. O tratamento consiste em aplicar compressas frias.

## PANCADA NA BARRIGA (TRAUMATISMO ABDOMINAL)

### Contusão abdominal

Existem dois tipos de traumatismo abdominal: o primeiro, quando há penetração, em que um objeto perfurou a barriga e a cavidade peritoneal (interior do abdome ou o estômago), se comunica com o exterior. É evidente que o socorro médico deverá ser imediato. Entretanto, os mais frequentes são os não penetrantes, a segunda categoria de traumatismo. O abdome não foi ferido, mas devido à violência da

pancada a criança poderá apresentar dor abdominal difusa (espalhada), mais intensa na região atingida pela pancada, e se mostrará pálida, suando frio, com o pulso acelerado, o coração batendo forte, podendo haver até uma hemorragia das vísceras, como o baço e o fígado. Este tipo de traumatismo é grave, e o socorro médico deverá ser imediato. Existe ainda outro tipo de pancada em que a pele que reveste o abdome fica roxa, sobretudo próximo dos ossos da bacia, quando as crianças maiores batem em móveis ou mesmo quando caem; o maior perigo é o tipo anterior. No caso de ser atingida apenas a pele, basta a colocação de compressas frias, seguidas de compressas mornas. A ultrassonografia é o recurso médico mais seguro para verificar se houve lesão interna (hemorragia e rupturas).

## CONVULSÃO (ATAQUE)

### Definição

A convulsão é a contração muscular, repentina, involuntária, inconsciente e automática provocada

pela suposta excitação espontânea da atividade potencial elétrica de uma ou mais partes do cérebro humano. A convulsão é um sinal de disfunção do cérebro, como a febre é um sinal de infecção. Das manifestações mórbidas da infância, entre as mais temidas pela sua violência, a convulsão ocupa o primeiro lugar.

A história da convulsão tem grande importância, e no recém-nascido é sempre muito grave. No lactente (a partir dos seis meses) e nos cinco primeiros anos de vida de uma criança é geralmente benigna, se for acompanhada de febre. A convulsão febril é geralmente menos grave do que a que se apresenta sem febre. A convulsão febril que durar mais de cinco minutos deverá ser considerada com maior atenção. As convulsões sem febre poderão ocorrer de forma isolada, como doença do sistema nervoso central (cérebro), ou poderão estar associadas a doenças mais graves. A convulsão febril geralmente ocorre apenas uma vez e em pais/tios/avós que também apresentaram o quadro. Se a criança apresentar convulsão + febre, mesmo sabendo do caráter benigno da convulsão febril, deverá ser investigada alguma lesão no sistema nervoso central com punção lombar (líquido da espinha) e exame de sangue. Em

casos de novos episódios de convulsões, outras doenças devem ser investigadas, como a epilepsia, que é classificada em diversos grupos e que depende do exame de eletroencefalograma (EEG) para seu diagnóstico. Nas convulsões associadas a doenças, destacamos as meningoencefalites, que precisam de uma punção lombar (exame do líquido espinhal) para seu diagnóstico, sendo sempre graves, e as doenças metabólicas decorrentes de distúrbios do cálcio e da glicose (açúcar no sangue). Após os exames a maior parte das crianças poderá ir para casa.

## Tratamento

**a)** Procure evitar que a criança se machuque.

**b)** Aplique respiração artificial se a criança apresentar sinais de cianose (arroxeada).

**c)** Não coloque nada entre os dentes da criança, nem a mão — a língua não enrola como nos ditados populares.

**d)** Não dê qualquer líquido.

**e)** Não ponha a criança na banheira.

**f)** Se a convulsão foi provocada por febre alta, repentina, administre antitérmico e dê banho

“quebrando” a temperatura.

**g)** Procure imediatamente socorro médico em hospital de urgência. Atualmente o medicamento mais utilizado para debelar a crise convulsiva é o Diazepam, por via venosa.

No caso de hipocalcemia ou hipoglicemia, o tratamento de emergência consistirá na administração de cálcio ou glicose por via venosa, sob orientação médica. Passada a crise convulsiva, será investigada cuidadosamente sua causa, com realização de punção lombar, por exemplo, em alguns casos. No caso de epilepsia, serão empregados medicamentos anticonvulsivos, a serem escolhidos pelo pediatra ou neuropediatra, de acordo com as características clínicas e do eletroencefalograma.

## DESIDRATAÇÃO

A desidratação é causada pela perda de água e de sais minerais pelo corpo humano. Foi a condição clínica mais comentada pelos pediatras antes da popularização da TRO (terapia de reidratação oral) nos casos de diarreia e vômitos. Três motivos

justificam toda publicidade sobre o assunto:

**1)** A sua frequência.

**2)** A sua gravidade (podendo causar perigo de morte).

**3)** A facilidade de ser evitada ou tratada. Sua importância é devida ao fato de que grande parte do corpo humano é composta de água. Num adulto, 55% do peso correspondem à água que o corpo contém; na criança, esta proporção é ainda maior, e no recém-nascido 80% do peso são correspondentes à água. A água encontra-se nas células de todos os órgãos, nas artérias, veias e no chamado espaço intersticial, entre as células e os vasos sanguíneos. Este espaço é o "reservatório" de água do organismo, que "socorre" as células, as artérias e as veias. Quando ele precisa de mais água, este reservatório é regulado pelo funcionamento dos rins. Faltando água nas células, nas artérias e nas veias, ele a fornece imediatamente, para que o funcionamento do organismo não sofra a mínima interrupção. Porém, quando este reservatório está deficiente ou vazio (desidratado), a tragédia está formada. Se o sangue estiver pobre em água, ficará viscoso, e a circulação do sangue diminui e não fornecerá ao cérebro, aos pulmões, ao fígado, aos rins e a outros órgãos a quantidade suficiente de

nutrientes e oxigênio para seu funcionamento adequado.

De modo geral, as necessidades diárias de água (líquido) nas diferentes idades são as seguintes (24 horas):

| Necessidades diárias de água | | | |
|---|---|---|---|
| **3 dias** (3.000g) | **10 dias** (3.200g) | **3 meses** (5.400g) | **6 meses** (7.300g) |
| 250 a 300 (ml) | 400 a 500 (ml) | 750 a 850 (ml) | 950 a 1.100 (ml) |
| 1 copo (mamadeira de 200 ml a 1 1/2) | 2 copos (mamadeira de 200 ml a 2 1/4) | 3 copos e 3/4 (mamadeira de 200 ml a 4 1/2) | 4 copos e 1/4 (mamadeira de 200 ml a 5 1/2) |

* Fonte: *Pediatria, Doutrina e Ação, de* Eduardo Marcondes Hansem.

O peso dos alimentos sólidos é medido em gramas; para o dos líquidos, usa-se a nomenclatura mililitro (ml), que é a milésima parte do litro, e não o cc.

De acordo com sua gravidade, a desidratação poderá ser classificada como de primeiro, segundo e terceiro graus.

No caso de desidratação de primeiro grau, a criança apresenta-se irritada, agitada, dormindo pouco e mal, e sua perda de peso é de 2,5% a 5%.

Na de segundo grau, a criança é mais agitada, raramente dorme, podendo às vezes estar quieta ou gritando. Sua perda de peso é de 5% a 10%.

Na de terceiro grau, a criança está algo inconsciente, "largada", e não chora mais. Sua perda de peso é de mais de 10%. Naturalmente, cada um destes parâmetros é acompanhado de outros sinais e sintomas relacionados à perda de água e de sais minerais.

## De modo geral, os sinais e sintomas de desidratação são fáceis de ser percebidos

**a)** A criança tem sede.

**b)** Urina pouco ou nada.

**c)** Apresenta músculos flácidos, moles.

**d)** Apresenta irritabilidade.

**e)** Há perda de peso.

**f)** Tem pele seca, com "sinal da prega positiva".

**g)** A mucosa da boca apresenta-se seca e descorada.

**h)** Língua suja (saburrosa).

**i)** A moleira mostra-se deprimida.

**j)** Os olhos parecem fundos, encovados, sem lágrimas.

## As causas da desidratação são de fácil percepção

**a)** Diarreias e vômitos, que podem ser provocados por infecções, alimentos deteriorados (estragados) e viroses, possivelmente as causas mais frequentes.

**b)** Elevação acentuada da temperatura ambiente, falta de ventilação, quartos, casas de laje sem telhas, coberturas de apartamento, automóveis com vidros fechados (bebês em viagem) ou automóveis parados.

**c)** Febre de 39ºC a 40ºC; cada grau acima de 37 exige um acréscimo de água. A sudorese (transpiração), febre ou calor consome 80ml de água por quilo de peso por dia; o bebê de dez quilos precisa de quatro copos ou mamadeiras de 200ml por 24 horas. A perda de água pela pele e pelos pulmões (respiração acelerada) é maior do que se pode imaginar.

**d)** Falta de oferta de água nos quadros febris e nos dias de calor. O bebê é extremamente dependente da ingestão de líquidos. O que é importante e trágico é que depende de terceiros, pelo menos até os dois anos, para receber a água de que tanto necessita. Oferecer líquido adequado deve ser a maior preocupação da pessoa responsável por uma criança sadia ou doente, e deve-se deixá-la beber o quanto quiser. O bebê que receber leite em pó, nas concentrações normais aconselhadas pelo pediatra ou pelos fabricantes (ver informações na lata), terá mais sede do que os alimentados com leite materno e necessitará mais de água nos intervalos das mamadas. Pelo menos a mãe ou a babá não deverá se esquecer de oferecê-la, principalmente no verão.

**e)** Outras causas: queimaduras, hemorragias, doenças metabólicas, como o diabetes e alguns distúrbios de

glândulas de secreção interna, quando a criança exige maior quantidade de líquidos.

## Existem bebês predispostos à desidratação?

Não há dúvida de que existem bebês e crianças que se desidratam com mais facilidade do que outros. Em primeiro lugar, os desnutridos, crianças subnutridas, abaixo do peso normal. Em segundo lugar, as subnutridas, com dieta pobre, recebendo pouca proteína em relação aos hidratos de carbono ou com regimes alimentares com excesso de açúcar e farinhas. Quando o bebê é gordo, porém de carnes "moles" e não firmes, é um bebê balofo.

E, por último, o bebê hidrolábil, que se desidrata com facilidade, e neste caso o pediatra e mesmo os pais já perceberam que o seu bebê perde facilmente água demais, por diarreia ou vômitos, mesmo em casos clínicos benignos, de pouca gravidade. Esta particularidade poderá ser uma característica familiar, tendo sido herdada do pai ou da mãe.

## Tratamento

Felizmente já dispomos de conhecimentos e meios adequados para evitar ou tratar a desidratação. O mais importante é que os pais aprendam a reconhecer os sinais de desidratação e tomem logo as medidas indicadas, de preferência com orientação do pediatra.

Ofereça à criança a solução reidratante oral (SRO), que pode ser preparada da seguinte maneira:

- 1 litro de água
- 1 colher (de café, cheia) de sal
- 2 colheres (de sopa, cheias) de açúcar

A água deverá ter sido fervida antes de se colocar o sal e o açúcar, pois a fervura poderá concentrar a quantidade de sal e de açúcar, o que é perigoso. O soro deverá ser oferecido aos poucos, à temperatura ambiente (nem quente, nem gelado). Após 24 horas, o soro não utilizado deverá ser descartado, preparando-se outro. Existe também soro de reidratação já preparados nas farmácias, inclusive com sabores mais agradáveis, de mais fácil aceitação pela criança.

Se a criança não estiver ainda hidratada, não suspenda a alimentação. Continue oferecendo-a, e,

para cada evacuação diarreica ou vômito, ofereça a SRO.

Como regra aproximada, um bebê nos primeiros três meses precisará de 50ml a 100ml para cada evacuação diarreica; entre três e seis meses, de 100ml a 150ml; mais de seis meses, 150ml a 200ml. Os vômitos não impedem a administração da SRO.

Os medicamentos antieméticos (contra os vômitos) podem ser usados sob recomendação médica. Os medicamentos antidiarreicos, como a leporamida e o caulim-pectina estão proibidos, podendo ter efeitos colaterais importantes. Seu uso está proibido por uma portaria do Ministério da Saúde. O uso de alguns probióticos tem efeito benéfico.

O mais indicado, como já dissemos, é continuar a alimentação (principalmente o leite materno) costumeira e oferecer o soro, sem se importar muito com a diarreia. O mais importante é que a criança não se desidrate nem se desnutra.

Outros líquidos poderão ser oferecidos, como água, sucos de frutas e água de coco. No caso de vômitos incontroláveis, ou quando a criança se desidrata apesar do oferecimento da SRO, ou quando tem sinais de infecção grave (septicemia), está

indicada a internação e a administração de soros intravenosos. Os antibióticos estão indicados em algumas dessas situações.

Quando houver evacuação com sangue ou pus, o médico sempre deverá ser consultado.

A adição de açúcar deverá obedecer à dose certa — pois o excesso de açúcar agrava a desidratação —, não mais de meio grama de glicose (açúcar) por quilo de peso corporal por hora. Assim, de modo prático, um bebê de cinco quilos não deverá receber mais de 1 colher (de chá) de açúcar por hora, a não ser que haja prescrição especial do pediatra.

De modo geral, o bebê no seu primeiro ano de vida deverá receber (50ml a 60ml), por hora, 1 xícara (de café), ingerindo como regra 340ml a 350ml a cada seis horas (dose da mamadeira); de um a cinco anos, 120ml por hora, 680ml a 720ml, a cada seis horas.

Outros líquidos poderão ser oferecidos em vez de água, se o bebê aceitar, com orientação do pediatra.

## DESLOCAMENTO DO COTOVELO (PRONAÇÃO DOLOROSA)

É uma lesão (contusão) provocada pela suspensão rápida e forte da mão ou de um braço da criança pelo adulto, para evitar uma queda, para suspendê-la ao colo ou levantá-la do chão por qualquer motivo. A criança grita, chora e evita mexer com o braço. Uma simples manobra poderá resolver rapidamente o problema. Pega-se o braço da criança, fazendo-se um movimento súbito de supinação (torcer o braço para fora, movimento semelhante ao que se faz para pedir algo). Sente-se um estalo na altura do cotovelo e a criança deixa quase imediatamente de chorar, voltando a movimentar livremente o braço, de imediato ou em cerca de vinte a trinta minutos.

## DESMAIO

Tecnicamente é conhecido como lipotimia, o desfalecimento súbito da criança. Pode ter diversas causas. Os sinais e sintomas são palidez, suor frio, náuseas e visão escura. A causa reside numa diminuição da circulação sanguínea no cérebro. Basta deitar a criança com a cabeça mais baixa do que os pés, desapertar sua roupa, fazer fricção nas mãos. É

frequente quando a criança está em jejum. No caso de repetição, poderá ser um equivalente de ataque de origem neurológica.

### Providências

**a)** Coloque a criança deitada na cama.
**b)** Alivie seu pescoço.
**c)** Mantenha-a aquecida.
**d)** Deixe sua boca desobstruída.
**e)** Não lhe dê nada para beber.
**f)** Comunique imediatamente ao médico.

## DIARREIA

Se a mãe notar que sua criança tem diarreia, deverá observar também as suas consequências. No caso de ela repercutir sobre o estado geral do bebê, com prostração e abatimento, o caso é grave e urgente, havendo necessidade imperiosa da presença do médico. Caso o bebê continue alegre, disposto, embora a diarreia seja profusa, um simples

telefonema para o pediatra poderá resolvê-la, provisoriamente. Estabelecido o diagnóstico de diarreia grave ou benigna, a mãe deverá ficar atenta, administrando a solução reidratante oral (SRO) toda vez que a criança evacuar, ou mais frequentemente, se desejar. Não deverá ser suspendida a alimentação da criança com diarreia, se bem que a falta de apetite, principalmente nos dois primeiros dias, impedirá a alimentação normal. A alimentação que a criança com diarreia deverá receber é a trivial, comum, sem guloseimas ou extravagâncias. Ofereça-lhe também água e outros líquidos indicados pelo pediatra. Purgantes ou laxantes não deverão ser dados. Atualmente estão disponíveis dois medicamentos auxiliares que podem ser usados para melhora da diarreia, que são a nitazoxanida (Anitta®) e o *Saccharomyces boulardii* (Floratil®), porém devem ministrados com prescrição médica. Além desses cuidados, deverão ser tomados outros, como a verificação da temperatura e a observação do aspecto das fezes, se contêm sangue, pus, catarro ou gleras (aspecto de clara de ovo). A diarreia verde, tão temida, é benigna, de evolução favorável. Fezes esverdeadas são vistas na alimentação por leite materno ou pelo leite com ferro e vitaminas.

A diarreia é um sinal com muitas causas. As viroses são causas frequentes de diarreia, e neste caso a administração de antibióticos por via oral ou parenteral é um erro, e pode agravar a situação. No caso de infecção por bactéria invasiva, como a *Shigella*, o antibiótico estará indicado. Nesta situação, encontram-se piócitos (células de pus) e hemácias (glóbulos vermelhos) nas fezes. O exame laboratorial das fezes poderá ser feito: parasitológico, cultura, pesquisa de pus e sangue. A evolução de um caso de diarreia aguda varia de cinco a dez dias.

A possibilidade de desidratação deverá ser sempre considerada. Prepare o soro reidratante oral como descrito aqui. O volume necessário de água no primeiro ano de vida deverá ser de 60ml por hora, dos dois aos seis anos, 120ml por hora, no escolar, 150ml. Ofereça o soro toda vez que a criança evacuar, ou mais frequentemente, se ela aceitar. Para crianças bem pequenas, 50ml a 100ml (uma ou duas chucas); crianças maiores, uma mamadeira e meia (120ml a 240ml). Se a criança estiver bem e dormindo, não há necessidade de acordá-la de hora em hora para dar líquido, basta regular a média de cada seis horas. Se estiver acordada, pode-se então experimentar de hora em hora. Alguns bebês toleram

melhor a sede do que outros. Observe a eliminação urinária. Se a criança parar de urinar, a situação é grave.

Preste atenção aos seguintes fatos para informar seu pediatra:

Qual é o aspecto das fezes, se estão muito líquidas, se são eliminadas em grande quantidade, se têm cheiro ácido ou pútrido, acompanhadas ou não de cólicas, com a presença ou não de assaduras ao redor do ânus, distensão do abdome, com ou sem vômitos, com ou sem febre, presença visível de sangue, muco, pus, se a criança tem sede, se está urinando ou há quanto tempo não urina.

Estas informações servirão para o pediatra ter uma primeira impressão sobre o caso.

## O médico deverá ser sempre consultado

**a)** Quando, além da diarreia, houver vômitos.

**b)** Se a temperatura estiver acima de 38,5ºC.

**c)** Se a criança estiver sonolenta, abatida.

**d)** Se aparecer sangue ou pus nas fezes.

**e)** Se a quantidade de líquido ingerido, em seis horas, for a metade do volume necessário.

**f)** Se as evacuações forem seguidas.

**g)** Se o tórax não tiver movimento respiratório normal.

**h)** A respiração normal em bebês de um ano de vida é de quarenta movimentos respiratórios por minuto; de um a três anos, trinta; e, próximo aos dez anos, vinte.

## ENVENENAMENTO

Veneno é qualquer substância tóxica que, se ingerida em quantidade elevada, pode provocar danos ao funcionamento normal do organismo. Qualquer substância não alimentícia é um veneno em potencial. É uma das principais causas de morte e motivo de hospitalização de crianças. A criança entre um e três anos de idade leva tudo o que encontra à boca, morde e chupa qualquer objeto. Esta atitude faz parte do desenvolvimento normal, constituindo um modo de aprender a respeito das coisas. Elas comerão e beberão tudo aquilo que lhes parecer interessante.

Hoje, dentro dos padrões da nossa civilização, é comum as pessoas terem em casa diversos

medicamentos e drogas para as mais diferentes finalidades: sedativos, tranquilizantes, antitérmicos, anticoncepcionais, antibióticos, cosméticos, desinfetantes, inseticidas e os mais variados remédios para doenças crônicas ou agudas, como gotas para o nariz, xarope para tosse, remédios para asma, enfim, uma série deles. Consequência desta grande farmácia doméstica é a possibilidade de as crianças beberem ou engolirem essas substâncias, devido à sua perigosa curiosidade e à melhor distração de seus pais.

Se a criança ingerir qualquer substância, principalmente se considerada tóxica, os pais deverão imediatamente tomar providências, mesmo antes da chegada do socorro médico. Essas providências deverão ter duas finalidades: primeiro, tirar o veneno, e, segundo, administrar um antídoto, isto é, um neutralizante. Esta prática deverá ser feita sempre que necessário e os pais também deverão ter algum conhecimento.

A primeira medida geralmente é provocar vômitos para a criança expelir a substância tóxica. Entretanto, este procedimento deverá ser evitado quando da ingestão de soda cáustica ou voláteis (querosene, gasolina), além de em pacientes desacordados. Portanto, a primeira e clássica medida é enfiar o dedo

na garganta da criança. Igualmente, fazer a criança ingerir uma substância neutralizante, contendo o que se chama de Antídoto Universal, ou administrando-lhe carvão ativado é também outra medida.

## O carvão ativado

É preferível administrar somente o carvão ativado, preparado com o pó preto, que é o resíduo da destilação da polpa da madeira; é sem gosto e sem risco para a criança, podendo ser empregado para os medicamentos que ele absorve, protegendo a criança. A dose deverá ser cinco a dez vezes maior do que a da substância que a criança ingeriu. A dose sugerida é 1g por quilo de peso, ou 1 a 2 colheres (de sopa) em 240ml de água. Doses repetidas não são mais eficientes do que uma única dose; não vale a pena repeti-las. Com a aplicação do carvão ativado, não se deve dar vomitórios nem ipeca, nem fazer lavagem estomacal.

## Lavagem estomacal

É um recurso usado para provocar a devolução da

substância ingerida. O método tradicional é feito por meio de uma sonda colocada no estômago por profissional (médico ou enfermeira), ou então pela tentativa de dar à criança, para beber, a maior quantidade possível de água morna, até provocar vômitos.

Em alguns casos podem ser adicionadas à água determinadas substâncias, quando a droga ou tóxico ingerido for desconhecido. Se a criança ingeriu uma substância alcalina (bicarbonato de sódio, sabão, loções e pomadas), pode ser usada uma solução fraca de vinagre a 1 por 4, ou suco de limão;. mas se tiver sido ingerida uma substância ácida, deverá ser empregada uma solução alcalinizante fraca, com hidróxido de magnésio ou leite de magnésia composta de permanganato de potássio a 0,1 por 1.000, ou solução de bicarbonato de sódio a 5%; porém, se o medicamento ingerido tiver sido um tranquilizante, a solução deverá conter uma suspensão de carvão ativado.

## Contraindicações

Em recém-nascidos e na ingestão de cáusticos e corrosivos.

## Objetos existentes habitualmente no lar, cujas substâncias, uma vez ingeridas, são de baixa toxicidade, não exigindo tratamento:

- Tinta de canetas esferográficas
- Pilhas elétricas pequenas
- Vela
- Massa de modelagem
- Pacote de desumidificador
- Tinta a óleo
- Tinta de bola de
- Graxa de sapatos
- Sabonete em barra
- Sabão em pó (bolhas)
- Adoçantes (Adocil, Dietil etc.)
- Lápis de cor
- Detergente líquido

golfe

- Giz
- Creme dental
- Creme para as mãos
- Jornal
- Xampu
- Creme para assaduras
- Pasta d'água
- Comida para peixes
- Loção para o corpo
- Termômetro
- Batom
- Lápis de qualquer finalidade
- Creme de barbear
- Caixa de fósforos
- Pomadas de antibióticos

## Substâncias que quando ingeridas em dose elevada exigem intervenção:

- Loção após barba
- Desodorantes

- Água de colônia
- Amaciantes de roupas
- Spray para cabelos
- Tinta de marcar roupas ou objetos
- Anticoncepcionais
- Anilina
- Sabões e detergentes (Fisohex, Zephrian)
- Bebidas alcoólicas
- Inseticidas
- Querosene
- Tinturas para cabelos e tecidos
- Tônicos capilares
- Palitos de fósforo ou de dentes
- Óleos bronzeadores
- Água boricada
- Álcool etílico
- Álcool metílico (industrial)
- Neocid
- Naftalina
- Perfumes

## Informações e instruções para o tratamento das intoxicações e

## envenenamentos

Constituem uma das principais causas de hospitalização e morte em crianças, especialmente nas menores de quatro anos de idade. Nesta faixa etária, a criança leva tudo o que encontra à boca, principalmente bolinhas coloridas (drágeas e cápsulas), folhas de plantas do tipo "comigo-ninguém-pode" ou líquidos coloridos e adocicados (xaropes). Esta atitude faz parte do desenvolvimento normal, constituindo um modo saudável de aprender sobre a forma e a consistência das coisas que a envolvem.

Nos tempos modernos, com o pouco controle exercido sobre a comercialização e uso dos medicamentos, é prática comum a automedicação, sendo também comum a presença de pequenas farmácias em casa, com sedativos, xaropes para tosse, asma, gotas nasais, antibióticos, enfim, uma série de substâncias potencialmente tóxicas, frequentemente armazenadas sem o devido cuidado e ao alcance das crianças.

Outro problema é a presença de produtos de limpeza (desinfetantes, detergentes, querosene, inseticidas), em armários de fácil acesso e, mais grave

ainda, em garrafas de refrigerante.

Se a criança ingerir qualquer substância tóxica, deverá ser levada imediatamente a uma clínica ou a um pronto-socorro, a fim de que sejam tomadas as providências necessárias.

Entretanto, nem todos os remédios ou substâncias ingeridos são necessariamente tóxicos. Assinalaremos adiante um Quadro de Recomendações do Ministério da Saúde para o Tratamento das Principais Causas de Intoxicação Aguda.

As providências variam desde ausência de tratamento específico até a necessidade de aplicação de antídotos ou tratamentos sofisticados, possíveis apenas em ambiente hospitalar.

No caso de a criança ingerir, aspirar ou absorver pela pele substâncias tóxicas e apresentar perda de consciência, dificuldade respiratória, convulsões, queimaduras ou outras anormalidades graves, deve-se procurar socorro médico imediato ou, na falta deste, contactar o Centro de Controle de Intoxicações do seu estado.

Caso tenha havido ingestão, mas o paciente apresente boas condições gerais, consulte no quadro da Relação de Substâncias Ingeridas logo a seguir, localizando na coluna da direita o número do

procedimento indicado.

**Exemplo:**

Ingestão de aspirina: ver a coluna da direita, número 2. Conduta nº 2 — provocar vômitos após a administração de água morna etc.

## Conduta nos diversos tipos de intoxicação

(localize no índice o número indicado)

## Recomendações do Ministério da Saúde para o tratamento das principais causas de intoxicação aguda

**1)** Em pequena quantidade, não apresentam problema. Administre líquidos. NÃO É NECESSÁRIO TRATAMENTO ESPECÍFICO.

**2)** Provoque vômitos, após administração de água morna e estímulos: crianças de até um ano, 2 colheres (de chá) de xarope de ipeca, seguidas de 1 ou 2 copos de água; crianças acima de um ano, 1 colher (de sobremesa), seguida de 2 ou 3 copos de água. Administre 2 colheres (de sopa) de carvão ativado

para 100ml de água.
Não tente provocar vômitos em pacientes semicomatosos, comatosos ou que apresentem convulsões. Procure um centro de informação toxicológica para informação complementar.

**3)** Diluir ou neutralizar com água ou leite. NÃO PROVOQUE VÔMITOS. Use carvão ativado. É indicada a lavagem gástrica. Procure um centro de informação toxicológica para instruções específicas.

**4)** Tratamento sintomático. No caso de suspeita de botulismo, Procure um centro de informação toxicológica para instruções específicas.

**5)** NÃO PROVOQUE VÔMITOS. Dilua ou neutralize com água ou leite. Evite lavagem gástrica. Os produtos ingeridos poderão causar queimaduras nas mucosas. Consulte um endoscopista após o tratamento de emergência. Procure um centro de informação toxicológica para instruções específicas.

**6)** Lave amplamente a pele com água corrente. Procure um centro de informação toxicológica para

informações específicas.

**7)** Lave os olhos com água corrente durante quinze minutos. Procure um centro de informação toxicológica. Deverá ser feita uma avaliação por um oftalmologista.

**8)** Antídotos específicos são indicados. Procure um centro de informação toxicológica.

**9)** Remova-a para um lugar ao ar livre. Cuidados respiratórios são fundamentais. Procure um centro de informação toxicológica.

**10)** Procure um centro de informação toxicológica para instruções específicas.

## Relação de Substâncias Ingeridas

**A**

Absorventes de umidade

| | |
|---|---|
| (carvão sílica) | 1 |
| Acetona | |
| inalação | 10 |
| ingestão | 2 |
| Ácidos | |
| ingestão | 5 |
| contato com os olhos | 7 |
| contato com pele | 6 |
| inalação | 10 |
| Ácido bórico | 2 |
| Adesivos de dentadura | 1 |
| Aerossóis | |
| contato com os olhos | 7 |
| inalação | 9 |
| Aguarrás | 10 |

Álcalis (ver Cáusticos alcalinos)

Álcool

ingestão 2

contato com os olhos 7

Álcool etílico 2, 8

Alimentos 4

Alucinógenos 8

Amido 1

Amônia, amoníaco

ingestão 5

contatos com os olhos 7

inalação 9

Analgésicos 10

Anfetaminas, anorexígenos 2, 8

Anilinas

| | |
|---|---|
| ingestão | 2, 8 |
| inalação | 8, 9 |
| contatos com a pele | 6, 8 |
| Anovulatórios | 1 |
| Antiácidos | 1 |
| Antibióticos | |
| doses inferiores a três doses diárias | 1 |
| doses superiores a três doses diárias | 2 |
| Anticongelantes | 10 |
| Antidepressivos | |
| tricíclicos | 2, 8 |
| outros | 2 |
| Antiespasmódicos | 2, 8 |

Anti-histamínicos 2, 8
Aquário (produtos) 1
Arsênico 2, 8
Aspirina 2

## B

Batom 1
Barbitúricos 2, 10
ingestão 10
local 6
inalação 9
Brometos 2

## C

Calicidas 5

| | |
|---|---|
| Cânfora | 2 |
| Cáusticos alcalinos | |
| (soda cáustica) | |
| ingestão | 5 |
| contatos como os olhos | 7 |
| inalação | 9 |
| contato com a pele | 6 |
| Chumbo | 2, 10 |
| Cianetos | 2, 8 |
| Cigarros | |
| ingestão menos de 1 | 1 |
| mais de 1 | 2 |
| Cinzas | 1 |
| Cogumelos | 2, 8 |

| | |
|---|---|
| Colas | 10 |
| Colas (epóxi) | |
| catalisador | 5 |
| resina e mistura | 10 |
| Colônias | |
| menos de 15ml | 1 |
| mais de 15ml | 2 |
| Creme para as mãos | 1 |
| Creme de barbear | 1 |
| Creolina | 2 |
| Cupinicidas | 5 |

## D

| | |
|---|---|
| Derivados de petróleo | 10 |
| Descongestionantes nasais | 10 |

| | |
|---|---|
| Desinfetantes | 3 |
| Desodorantes em creme | 1 |
| Desodorizantes sanitários | 2 |
| Desodorizantes de ambiente | 10 |
| Detergentes | |
| de uso geral | 1 |
| para pisos | 10 |
| para máquinas de lavar etc. | 10 |

## E

| | |
|---|---|
| Esmalte de unhas | 1 |
| Estricnina | 10 |

## F

| | |
|---|---|
| Fenóis | 2 |

| | |
|---|---|
| Fertilizantes | 10 |
| menos de 15 | 1 |
| mais de 15 | 2 |

## G

| | |
|---|---|
| Gás de aerossóis | 9 |
| Gás de geladeira | 9 |
| Gás de cozinha ou natural | 9 |
| Gasolina | 10 |
| Gesso maciço | 1 |
| Gesso de modelar | 1 |
| Giz | 1 |
| Goma-arábica | 1 |
| Graxa de sapatos | 2 |
| Goma-laca | |

(ver Álcool etílico)

## H

Herbicidas 10

Heroína 8

Hormônios 10

## I

Inseticidas 5

por ingestão 9

por inalação 6, 8

contato com a pele 5, 8

Iodo 8, 10

## L

| | |
|---|---|
| Lápis (grafite) | |
| lápis de cor | 1 |
| outros | 2 |
| Laxantes | 2 |
| Limpadores de dentadura | 5 |
| Limpadores de forno | 5 |
| Limpadores de metais | 10 |
| Linimentos | 2 |
| Líquidos de limpeza | 5 |
| Líquidos para bateria | 10 |
| Líquidos para isqueiro | 10 |
| Loção de barbear | |
| (ver Colônias) | |
| Loção para as mãos | 1 |

## M

| | |
|---|---|
| Massa de modelar | 1 |
| Mercúrio | |
| termômetro | 1 |
| sais | 2 |
| Mercúrio-cromo (Mertiolate) | |
| menos de 15ml | 1 |
| mais de 15ml | 2 |
| Monóxido de carbono | 9 |
| Morfina | 8 |

## N

| | |
|---|---|
| Naftalina | 2 |
| Narcóticos | 8 |
| Nicotina | |

(ver cigarros)

## O

Óleo de pinho 10

Óleo para a pele 1

Ondulação permanente (produtos químicos para)

Ingestão 5

contato com os olhos 7

## P

Paregórico (Elixir) 2, 8

Pasta de dentes 1

Perfumes

(ver Colônias)

Pilhas de mercúrio 2

| | |
|---|---|
| Pilhas secas | 1 |
| Pintura para os olhos (sombra) | 1 |
| Piscinas (produtos para) | 5 |
| Plantas | 10 |
| Polidores | 10 |
| Praguicidas | |
| (ver Inseticidas) | |
| Preservadores de madeiras | 5 |

## Q

| | |
|---|---|
| Querosene | 10 |

## R

| | |
|---|---|
| Raticidas | 10 |
| Removedores de esmalte | |
| menos de 15ml | 1 |

mais de 15ml 2

Repelentes de insetos 2

## S

Sabões 1

Sacarina 1

Sachês 1

Salicilato de Metila 2

Sedativos 10

Soda cáustica

(ver Cáusticos alcalinos)

Solventes 10

## T

Talco

| | |
|---|---|
| por ingestão | 1 |
| por inalação | 10 |
| Tetracloreto de carbono | |
| por ingestão | 2 |
| por inalação | 9 |
| contato com a pele | 8 |
| Tintas | |
| acrílica | 10 |
| aquarela | 2 |
| chumbo | 2, 10 |
| esferográficas | 1 |
| imprensa | 2 |
| látex | 2 |
| oleosa | 10 |

sapatos 2

*Thinners* 10

Tintura para cabelos

por ingestão 3

contato com os olhos 7

contato com a pele 6

## V

Velas

Vernizes

Vitaminas

Hidrossolúveis

Lipossolúveis (A, D, E, K)

com ferro

## X

Xampus

Xaropes contra a tosse

## Intoxicação por gás

O gás aspirado geralmente é monóxido de carbono, que é o gás do banheiro, ou então o do fogão de cozinha, o de rua. Os sinais e sintomas são tonteira, enjoos, acompanhados de dor de cabeça, vômitos e grande fraqueza muscular. Ao paciente intoxicado falta ânimo para se afastar do local ou fechar a torneira de gás. Na fase final vêm a falta de ar, a asfixia, o coma e a morte. O tratamento consiste na administração de oxigênio puro. Nos casos mais brandos, em que não ocorre coma profundo ou convulsões, o oxigênio poderá ser administrado por máscara de borracha. Nos casos mais graves é necessária a intubação traqueal (colocação de um tubo na traqueia) para que maior concentração de oxigênio chegue aos pulmões, deslocando o gás carbônico da hemoglobina (nos glóbulos vermelhos

do sangue).

### Atenção

As intoxicações são causadas por uma grande variedade de agentes. O primeiro tratamento, ainda no local do acidente, é muito importante. Para orientação dos pais quanto aos primeiros socorros, existem centros de informação toxicológica, que devem ser procurados antes mesmo do hospital.

## FEBRE

### O que fazer para baixar a temperatura

Existem três recursos:

**1)** Facilitar a irradiação do excesso de calor.

**2)** Administrar antitérmicos.

**3)** Dar banhos mornos.

**1)** Deve-se facilitar a irradiação do excesso de calor corporal, tornando mais fresco o ambiente do quarto

com ventilador, removedores de ar e, no verão, ar-condicionado. Vista a criança com roupas de algodão; os tecidos sintéticos, náilon, dácron, tergal e outros, bem como os de lã e flanela, não estão indicados.

**2)** Antitérmicos são os medicamentos que reduzem a febre, podendo ser em comprimidos, gotas, suspensão, solução, injetáveis ou na forma de supositórios, de acordo com a criança. São comercialmente disponíveis quatro tipos de antitérmicos, variando conforme sua composição química:

**a)** Aspirina (ácido acetilsalicílico).
**b)** Dipirona.
**c)** Paracetamol.
**d)** Ibuprofeno.

De modo geral, nas doses adequadas, todos são bem tolerados. Entretanto, há algumas crianças que poderão apresentar intolerância ou reações colaterais inaceitáveis. Assim, a aspirina poderá causar alergias da pele ou hemorragia do estômago e o paracetamol poderá acarretar problemas no fígado. Estas reações

são raras e não deverão impedir a administração dos antitérmicos no caso de haver febre alta. No caso de se verificar a reação, o médico mudará o tipo de antitérmico usado. Não se esqueça de que a aspirina em excesso é uma das causas de envenenamento na infância. O uso da aspirina deve ser evitado em caso de suspeita de dengue devido ao aumento de sangramento que pode provocar.

**3)** Se a temperatura permanecer igual ou acima de 40ºC (temperatura axilar, debaixo do braço) por mais de uma hora, apesar da aplicação correta do antitérmico, do uso de roupas leves, de o quarto estar arejado e de terem sido administrados líquidos (água, chá ou suco de frutas), um banho será conveniente. O tipo pode ser:

**a)** Por imersão, na banheira (banho morno); banho de chuveiro, envolvendo a criança da cabeça aos pés com uma toalha felpuda. Abra o chuveiro com temperatura quente, porém agradável para a criança. Deixe-a debaixo do chuveiro até a toalha ficar bem encharcada. Com a água quente, a sensação para a criança é agradável. A seguir, vá esfriando a água gradativamente, até deixá-la a 37ºC. A partir deste ponto, deixe a criança recebendo esta água por quinze a vinte minutos. Depois, seque-a e vista-a.

**b)** Banho de esponja, como preferem os americanos e europeus.

## Banho morno de esponja ou toalha (vinte a trinta minutos após ter dado o antitérmico e se a febre não ceder)

**a)** Use a banheira ou uma bacia.

**b)** Encha-a com água quente e fria, ao mesmo tempo, até ficar morna.

**c)** Deixe que a água chegue até a cintura da criança sentada.

**d)** Deixe a torneira de água fria correndo bastante fina, quase gota a gota.

**e)** Coloque na água duas toalhas e brinquedos flutuando.

**f)** Com uma toalha, esfregue o corpo, do rosto até os dedos dos pés, em movimentos rápidos, para trazer o sangue dos vasos sanguíneos para a superfície da pele, e esfriá-lo, fazendo-o perder calor.

**g)** Quando a toalha ficar quente, troque por outra, e deixe a primeira na banheira, para esfriar.

**h)** Para tornar a fricção mais eficiente, gaste muito

tempo esfregando o rosto, o pescoço, os cotovelos, os joelhos e a barriga, locais de maior concentração de sangue.

**i)** Se a criança começar a apresentar calafrios, a tremer, aqueça um pouco a água, substituindo a fria, da torneira, pela água quente, ou com o recurso de um jarro, já preparado com água quente.

**j)** A criança deverá ser mantida na banheira por vinte minutos.

**k)** Então, retire a criança da banheira e a envolva com a toalha, mantendo-a seca, não esfregando a umidade que ficou na pele, refrescando ainda mais.

**l)** Vista-a com uma camisa de mangas curtas e calça ou fralda.

**m)** Verifique a temperatura novamente, meia hora depois do banho terminado.

**n)** Habitualmente a temperatura baixa 1 a 2 graus depois do banho.

**o)** Se a temperatura não baixar, deverá ser dado outro banho, que também poderá ser repetido. Às vezes o bebê apresenta aumento de temperatura acima de 38ºC, devido à excitação, roupas de lã, flanela, náilon, temperatura que desce sem antitérmicos, bastando tomar as medidas aconselhadas.

Se a criança já apresentou crise convulsiva febril, deve-se manter sua temperatura abaixo de 38ºC.

## Instruções para a criança febril. O que os pais devem perguntar ao médico

**a)** Se ela deverá ficar na cama, no sofá ou na espreguiçadeira.

**b)** Se ela deverá ficar no quarto, em casa ou se poderá sair por algum período, ou se poderá viajar.

**c)** Se tem necessidade de ter talheres próprios (doença transmissível).

**d)** Que tipo de roupa deverá usar.

**e)** Que líquido poderá tomar.

**f)** Se são permitidos alimentos sólidos.

**g)** Se poderá ficar ao ar-condicionado.

**h)** Se poderá ouvir rádio ou ver televisão.

**i)** Que brinquedos, leitura e atividades poderá fazer.

**j)** Se terá necessidade de companhia, vigilância ou enfermeira permanente.

Pesquisas recentes têm demonstrado que a febre, o pavor dos pais, tem utilidade. Animais impedidos de

elevar sua temperatura têm dificuldade de vencer as infecções. A atividade dos glóbulos brancos aumenta durante os episódios febris. Aumenta também a produção das defesas, chamadas anticorpos. Desta forma, o que se deve ter como objetivo é evitar a febre alta (acima de 38ºC, quando compromete o estado geral da criança). É melhor evitar os antitérmicos quando a febre estiver abaixo desta temperatura, sendo a febre um fator que aumenta a imunidade da criança.

## FERIMENTOS

Um ferimento pode ser provocado por objetos, animais ou quedas. Aqui trataremos das denominadas contusões, que dilaceram a pele, com perda maior ou menor de sangue. Neste caso, os ferimentos deverão ser bem limpos com água fervida ou corrente e sabão neutro. Poderão ser usadas substâncias antissépticas como o merthiolate®, porém não é obrigatório seu uso, a água e o sabão são suficientes para limpar a ferida. Assim, protege-se o ferimento com gaze ou esparadrapo; o algodão não

deverá ser colocado diretamente sobre a ferida. Um curativo apertado também dificultará a circulação. Os ferimentos que são produzidos na rua ou em jardins deverão ser tratados com muito cuidado, visto que o bacilo do tétano vive nos intestinos dos cavalos, existindo a prática condenável de adubar os jardins com suas fezes, onde brincam as crianças. No caso de a ferida apresentar bordas muito afastadas, profundas, estará indicada uma sutura, que só poderá ser realizada em hospital. É importante ver se a vacinação está em dia.

## FRATURAS

A criança, pela sua irrequietude natural, está predisposta à fratura dos ossos, principalmente dos ossos dos braços, antebraços e clavículas; as das pernas são mais raras, por serem os ossos mais resistentes. A suspeita de fratura consequente à queda ou ao mau jeito é caracterizada pela impotência funcional e pela dor, não permitindo que a criança mova o membro. Às vezes não há modificação da região da pele correspondente à da fratura. Estão

contraindicadas as manobras, a fim de fazer o diagnóstico, ou fricção, que podem agravá-la. Deve-se fazer a imobilização do membro com gaze ou compressa enquanto se espera o socorro. A tala deverá ser comprida, ultrapassando o membro a ser imobilizado, feita de papelão forte e presa com lenço ou atadura. Os exames de raios X são sempre indispensáveis.

## HEMORRAGIA NASAL (EPISTAXE)

O sangramento nasal de quase todas as crianças costuma ter uma conotação familiar. Se investigarmos, o pai ou a mãe, quando crianças, também apresentavam o problema. É a ruptura de pequenos vasos sanguíneos das mucosas das fossas nasais. A maior causa é o hábito de introduzir o dedo no nariz, e a segunda é o nariz alérgico, que coça, e a criança vive esfregando. Poderá ocorrer também durante a noite, assustando os pais e a própria criança. Na hemorragia nasal que perdurar mais de vinte minutos, apesar da pressão dos dedos, a criança deverá ser levada ao médico. Alguns casos requerem a

cauterização dos vasos sanguíneos. Outros recursos empregados são tamponamento com gaze umedecida, introduzida nas fossas nasais, compressão das asas do nariz, manter a criança em posição horizontal, com a cabeça em plano mais alto do que o corpo, e colocar uma compressa de água gelada sobre o nariz.

## HEMORRAGIAS

Qualquer que seja sua natureza, alguns cuidados imediatos deverão ser tomados:

**a)** Compressão no local da ferida, com gaze seca e atadura, ou, então, com os próprios dedos no local, para estancar o sangue. Às vezes a compressão procedida com um lenço limpo no local dá resultado.

**b)** Repouso absoluto.

**c)** Deverão ser evitados os torniquetes, que poderão agravar o sangramento.

## CORTES COM PEQUENA HEMORRAGIA

**a)** A pessoa que atender a criança deverá lavar as mãos antes, vigorosamente, com sabão.

**b)** Lavar em volta do ferimento, usando algodão ou gaze para remover qualquer corpo estranho.

**c)** Lavar em água corrente, mesmo da torneira.

**d)** Enxugar com gaze ou qualquer tecido limpo.

**e)** Colocar com firmeza uma gaze esterilizada, curativo comercial ou pano limpo.

## HEMORRAGIA INTESTINAL

A perda de sangue pelos intestinos poderá ser verificada com alguma frequência na infância. No recém-nascido, poderá ocorrer devido ao sangue deglutido, e no bebê, por fissura anal, pólipos, vermes (tricocéfalo) ou mesmo reação alérgica consequente à intolerância a alguns alimentos. Causas mais graves, como doenças hemorrágicas, estrangulamento dos intestinos e hemangiomas deverão ser consideradas pelo médico.

## INFLAMAÇÃO

Uma inflamação é caracterizada pelo aumento do volume da região (tumor), por coloração vermelha, calor e dor. Podendo ser consequentemente a traumatismos, picadas de insetos ou a ferimentos infectados, pode levar à formação de furúnculos e abscessos. Deverão ser bem tratadas, para evitar agravamentos (erisipela e septicemia). São geralmente subfebris, deixando a criança manhosa e impertinente. O tratamento deverá ser antisséptico. Compressas mornas são úteis para aliviar a dor e acelerar a involução do processo. No caso de evoluir para um abscesso, poderá haver a ruptura espontânea, com liberação de pus, ou ser necessária a intervenção do médico. A pessoa leiga que irá preparar o curativo deverá ter o cuidado de desinfetar as mãos e a região inflamada. Administrar antibióticos, em alguns casos, é indispensável, devendo estes ser usados sob orientação do pediatra.

## INSOLAÇÃO

A criança com insolação apresenta febre alta, dor de cabeça, vômitos e desidratação; às vezes, convulsão com sinais e sintomas sugestivos de meningite. Outras vezes os sinais e sintomas demoram algum tempo, com sinais de confusão mental. A intermação, isto é, a exposição ao calor sem ser aos raios diretos do sol, também poderá provocar esse tipo de problema.

## Tratamento

**a)** Remova a criança para um lugar mais fresco e ventilado.

**b)** Use envoltórios frios.

**c)** Dê-lhe bastante água ou isotônicos.

**d)** Se necessário, proceda à respiração artificial.

**e)** Remova-a para um hospital.

## Prevenção

**a)** Evite que a criança fique em ambientes excessivamente quentes.

**b)** Faça-a usar roupas leves no verão.

**c)** Faça-a ingerir bastante líquido, principalmente

quando na praia ou na piscina, ou após grande atividade física com calor.

**d)** Evite expô-la ao sol entre as dez e as quinze horas.

## LUXAÇÃO (TORCEDURA)

As luxações comumente ocorrem nas articulações, sendo então chamadas "destroncamentos" ou "deslocações". As superfícies articulares saem dos limites normais, forçando a cápsula (invólucro ligamentoso). Das articulações, as mais sujeitas são as dos cotovelos e tornozelos. Às vezes, logo após terem se deslocado, as superfícies voltam automática e imediatamente aos seus lugares. Outras vezes torna-se necessária a intervenção do médico para "reduzi-las", isto é, fazê-las voltar ao seu lugar primitivo. Envolver a articulação com ligas, elásticos e ataduras de crepom firmes é útil, bem como repousar. Geralmente segue-se a edemaciação (inchaço) da região, que, por algum tempo, ficará bastante dolorida.

## MORDIDA DE CACHORRO OU GATO

O local da mordida deverá ser limpo, lavado de forma abundante com água filtrada ou da torneira e sabão. Se não estiver sangrando, mantenha o ferimento debaixo da torneira por alguns minutos. Aplique, depois, um curativo feito com gaze esterilizada. A aplicação de antibióticos, de vacina antitetânica ou da vacina contra a raiva dependerá das condições e do local da agressão, do aspecto do animal agressor, da possibilidade de se observar o animal e da decisão do médico.

## MORDIDA HUMANA

A possibilidade de uma criança ser mordida por outra é um fato. Se houver apenas contusão, isto é, somente as marcas dos dentes, bastará lavar o local com sabão. Porém, no caso de o ferimento sangrar, há possibilidade de inflamação, devido a uma infecção. Se a infecção se revelar mais intensa, é indicado o emprego de antibiótico por via oral ou injeção intramuscular. Em alguns casos, as crianças ficam nervosas, e a administração de um sedativo

suave ou mesmo o emprego de analgésico será útil. Quando a extensão da lesão for grande, e havendo possibilidade de contaminação com terra, a vacina antitetânica deverá ser considerada. Geralmente há possibilidade de contaminação por bactérias (micróbios) que normalmente existem na saliva humana. As mordidas que exigem maior atenção são as localizadas nas articulações dos dedos das mãos, devido à possibilidade de ruptura ou inflamação das cartilagens e ligamentos, sempre de tratamento mais delicado e demorado.

## MORTE NO BERÇO (MORTE SÚBITA)

Esta condição patológica rara é observada geralmente nos seis primeiros meses de vida do bebê, sendo mais frequente nos primeiros quatro meses. O bebê aparentemente sadio pode, em alguns casos, morrer subitamente, durante o sono. Hoje está provado que há uma causa na maioria das vezes, e por isso os pais não devem se opor à necrópsia, se o pediatra aconselhar. Entretanto, ainda existem casos de morte súbita em que, apesar da necrópsia, nada foi

encontrado que justificasse a morte.

É mais comum em bebês prematuros e em bebês de mães fumantes ou que usam drogas. Nos bebês nascidos a termo, a morte súbita é mais rara ainda.

A posição no berço é um dos cuidados preventivos (nunca deitar um bebê de bruços até os seis meses de idade, segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria). Dê preferência a deixar o berço inclinado se criança tiver refluxo gastroesofágico.

As causas identificadas são:

## 1) Congênitas

**a)** Problemas cardíacos (arritmias, malformações).

**b)** Problemas no sistema nervoso central.

## 2) Adquiridas

**a)** Refluxo gastroesofágico.

**b)** Infecções (pneumonia, meningite, septicemia).

**c)** Traumas: quedas (que não forem comunicadas aos pais); sufocação (bebês que dormem junto com

adultos na cama).

## CORPO ESTRANHO ENGOLIDO (PRESENTE NAS VIAS DIGESTIVAS)

Engolir objetos é um risco para as crianças, que levam tudo à boca. O objeto poderá se localizar no esôfago (é o tubo que liga a garganta ao estômago), no próprio estômago ou nos intestinos. Quando localizado no esôfago, o corpo estranho provoca regurgitação, desconforto, desassossego, um grande mal-estar. No estômago e nos intestinos, são bem tolerados. O objeto que passa pelo estômago geralmente é expelido, embora isso pareça impossível, como no caso de alfinetes de fraldas abertos. O importante é não ter pressa, esperar alguns dias, se o estado da criança for normal. Atualmente, com o uso cada vez maior de objetos de plástico, o número de corpos estranhos transparentes tem sido muito mais frequente no aparelho digestivo. Os raios X e a ultrassonografia abdominal são indispensáveis para se fazer um diagnóstico. O médico deve sempre ser consultado.

# PICADAS VENENOSAS (DE ANIMAIS PEÇONHENTOS)

## Cobras

O acidente causado por picada de cobra venenosa denomina-se *ofidismo.* As cobras venenosas mais comuns são a jararaca, a jararacuçu, a cascavel, a surucucu e a cobra-coral.

**Características das cobras venenosas:** cabeça triangular, achatada, "separada" do corpo, olhos pequenos, fossas lacrimais entre os olhos e narinas. Cauda curta e grossa, afilando bruscamente. Picada: simples arranhões, quatro linhas de escoriações superficiais ou duas linhas com dois orifícios maiores nas pontas e inchação local.

**Não venenosas:** cabeça alongada, arredondada, olhos grandes, fossas lacrimais ausentes, cauda longa, comprida, afilando gradativamente. Picada: somente dois orifícios nítidos.

**Tratamento:** amplie a ferida provocada pela

mordida da cobra, espremendo bem o local, para que o sangramento produzido elimine parte do veneno. O Instituto Butantã, em São Paulo e o Vital Brazil, no Rio de Janeiro, produzem soros que deverão ser sempre conservados em geladeira e ao abrigo da luz. Os soros principais são o antibotrópico, contra a jararaca e a jararacuçu, e o antiofídico, contra a jararaca e a cascavel. Existem ainda o antilaquético, contra a surucucu, e o antielapídico, contra as cobras-corais.

## Caravelas, medusas (águas-vivas) e celenterados

Os da costa brasileira são agressivos, mas sem apresentar perigo de morte. O local da agressão apresenta dormência ou perda de sensibilidade. Os sintomas são agitação, angústia, mal-estar, palpitação passageira. O tratamento é feito com compressas, analgésicos e sedativos. Estes seres têm o corpo gelatinoso, em forma de guarda-sol transparente, com filamentos. A água-viva é inócua, mas a caravela provoca queimaduras de primeiro e segundo graus, coceiras, suor, dor de cabeça e às vezes desmaios e falta de ar. O tratamento é feito com aplicação local

de gaze embebida em solução de amônia diluída. O paciente deverá evitar coçar a área atingida, para evitar infecções. Um atendimento médico será útil.

## Abelhas

Aqui também podem ser incluídos os marimbondos, as vespas, as formigas e as lagartas urticantes. As picadas causam dor, inchaço (edema), vermelhidão (eritema) e aumento das ínguas (gânglios, adenopatia). Geralmente os sinais e sintomas desaparecem nas 24 horas que se seguem à picada. Nas crianças hipersensíveis, ou alérgicas, o quadro poderá se complicar com uma espécie de sufocação, isto é, um edema da glote. As picadas destes animais são mais graves nas crianças do que nos adultos.

**Tratamento:** local, com compressas de álcool com gotas de amônia, ou então solução de glicerina fenicada (10 a 50). Caso o ferrão tenha ficado preso, ele terá de ser extraído. Tire-o desde a sua base, se houver. Não o esprema, use uma pinça, e, se possível aplique compressas frias. Se houver reação alérgica, pode ser indicada medicação antialérgica (anti-

histamínica). Nos casos mais graves, o socorro médico é indispensável, aplicando-se uma injeção de uma solução milesimal de adrenalina.

## Lacraias (centopeia)

Não constitui perigo. Surge uma dormência no local, agitação e mal-estar, às vezes palpitações, todos sinais e sintomas passageiros.

**Tratamento:** com compressas, analgésicos e sedativos.

## Aranhas

As mais conhecidas e temidas são basicamente duas: a viúva-negra e a aranha caranguejeira. A viúva-negra é muito venenosa e a mais perigosa, porque pode se esconder em roupas, sapatos etc. e também viver em gramados e árvores. Tem hábitos diurnos e prefere as horas mais quentes do dia para atacar, ao passo que com as aranhas denominadas caranguejeiras, também conhecidas por nhanduguassu, os acidentes são mais raros, porque é

uma aranha grande, facilmente vista, enquanto a viúva-negra é pequena. A aranha caranguejeira tem hábitos noturnos, é pouco agressiva, foge mais do que ataca e vive sobretudo na zona rural.

**Tratamento:** feito com soro, preparado no Instituto Butantã ou Vital Brazil. O tratamento mais prático, porque nem sempre a aranha é identificada, é dar o soro misto antiaracnídeo. A medicação secundária é através analgésicos e sedativos. Se houver prisão de ventre, poderão ser usados laxativos. O uso de antialérgicos (anti-histamínicos) poderá ser feito por via oral ou injetável, com a finalidade de evitar a doença do soro.

## Escorpiões

Dá-se o nome de escorpionismo ao acidente causado pela picada de escorpião. Eles geralmente se ocultam em lugares frescos e sombrios. Os sinais e sintomas poderão ser constatados duas horas após a picada, com dores violentas, náuseas e vômitos. Ocorrem também distúrbios cardíacos, como a síncope, isto é, a parada cardíaca, ou então a parada respiratória. Ocorre mal-estar, agitação,

lacrimejamento e dormência. Nem sempre existem estas formas graves. Às vezes as manifestações são benignas, com uma inflamação local, fraqueza e sonolência, sem maiores complicações.

**Tratamento:** pelo soro fornecido pelo Instituto Butantã e Instituto Vital Brazil.

### Sapos

As rãs não possuem veneno, mas os sapos, sim. O veneno do sapo é branco, leitoso, viscoso, pegajoso, projetado em gotículas ou pequenos jatos. Este veneno não penetra na pele, a não ser que haja algum ferimento. O simples contato com as mucosas, lábios, boca e conjuntiva ocular é perigoso; procure socorro médico.

## PICADAS DE INSETOS

Inicialmente devemos separar as picadas de pulgas, pernilongos e carrapatos das picadas de formigas,

marimbondos, abelhas, vespas etc. Quando a criança tem alergia às primeiras, costuma surgir no local uma pápula vermelha, com um ponto mais elevado e amarelado. Esta lesão é muito pruriginosa, sendo chamada de estrófulo. Podem-se usar também antialérgicos e pomadas contendo corticoides de baixa potência, como a dexametasona 0,01% (sempre prescrita pelo pediatra).

Para evitar essas picadas, medidas de proteção individual e coletivas devem ser utilizadas.

## Para evitar a picada

Os repelentes são úteis quando usados corretamente, entretanto são efetivos entre 45 minutos e duas horas após a aplicação na pele, havendo necessidade de uma reaplicação. Atualmente existem produtos no mercado como o Exposis®, que protege por dez horas.

Não há tratamento para curar picadas de insetos, os cuidados são para melhorar a dor e evitar infecção secundária. Geralmente a inflamação e a vermelhidão atingem o máximo após uma ou duas horas da picada. Se depois de duas horas continuar a aumentar a dor e a vermelhidão e a criança apresentar febre, o

médico deverá ser comunicado e o caso deverá ser discutido com ele, mesmo que seja pelo telefone. A aplicação de compressas frias e pedras de gelo no local pode reduzir a dor e o prurido (coceira). A administração por via oral de anti-histamínicos pode melhorar a coceira e o inchaço. Deve-se evitar que a criança coce o local da picada, pois há perigo de infecção. As unhas deverão ser cortadas bem curtas. Em algumas crianças poderá haver uma reação alérgica generalizada, exigindo maior cuidado. Às vezes esta reação se manifesta horas após a picada, consistindo em urticárias generalizadas, fraqueza, tonteiras, náuseas, dores de barriga e dificuldade de respirar. Os insetos que habitualmente provocam esses sinais e sintomas com suas picadas são as abelhas, as vespas e os marimbondos. E se esses sintomas se agravarem, deverá ser procurado, sem perda de tempo, um hospital, porque há possibilidade de choque anafilático. Outras medidas para redução das picadas de mosquito são coletivas, como utilização de tela mosqueteira, manter portas e janelas fechadas em horário de pico de mosquitos e uso de inseticida de tomada.

# QUEDA (TOMBO)

Não há criança que não caia, e tanto é que a natureza lhe deu a mesma sensibilidade periférica, bem menor do que a do adulto. Geralmente ela não se machuca, e o ditado popular diz: "À criança e ao borracho, Deus põe a mão por baixo." Evitar quedas, porém, é o dever de quem toma conta de crianças. Não deixe que elas subam em mesas, cadeiras e, sobretudo, que crianças maiores as levem ao colo. As quedas poderão causar sustos, às vezes pequenos, de consequências graves, e outras vezes grandes, absolutamente sem consequência. O maior perigo está em afetar a cabeça e as clavículas. Nos casos de quedas leves, de lado, sobre os ombros, é comum as clavículas se partirem, o que se exterioriza pelo choro e pela imobilidade do braço correspondente. Já na cabeça, o que se observa comumente é a formação de um galo, tumoração formada em consequência do traumatismo, e que necessita, na maioria das vezes, de cuidados. Apresenta, às vezes, forte coloração arroxeada, em consequência do extravasamento do sangue, devido à ruptura de alguma veia, mas sem maior importância. Outras vezes fica apenas edemaciado (inchado).

## No caso de queda, como proceder?

Coloque a criança na cama e observe qualquer alteração. Para tranquilizá-la, dê a ela um pouco de água. Passado o susto, se a criança começar a mostrar desejo de brincar novamente, não deve haver nada de importante e o melhor é esquecer a queda. Mas se a criança continuar chorando, queixando-se de dor localizada, de algum membro, ou continuar excitada, agitada, chame o médico.

# QUEIMADURAS

Extensas ou profundas, por choque elétrico ou quando atingem olhos, rosto ou dedos, o socorro médico é indispensável e urgente.

## Queimaduras pequenas

Apresentando vermelhidão ou formação de bolhas, são as que poderão ser tratadas em casa pelos pais, devendo ser tomados os seguintes cuidados:

**a)** Lave a área afetada suavemente, com água e sabão.

**b)** Aplique compressas frias. Se forem as mãos, deverão ser mergulhadas em água fria.

**c)** A dor geralmente passa, ou diminui, em meia hora ou uma hora.

**d)** A antiga prática de aplicar pasta de dentes, manteiga, gordura ou azeite é procedimento errado, sendo prejudicial à criança.

**e)** As aplicações gordurosas não ajudam a curar e poderão ser causas de futura infecção.

**f)** Sprays, pulverização de anestésicos, comprados sem prescrição médica, poderão abrandar a dor, porém poderão sensibilizar e provocar reações alérgicas futuras, e por este motivo não são recomendados.

**g)** Depois de ter sido limpa a lesão, poderá ser aplicado Osmogel® nas queimaduras de 1º e 2º graus e sulfadiazina de prata nas queimaduras mais graves.

**h)** Um curativo não é necessário, a não ser que a queimadura esteja num local sujeito a atritos e pancadas. Neste caso, use gaze esterilizada com Osmogel®.

**i)** A formação de bolhas dá uma proteção, evitando a infecção. Habitualmente as bolhas murcham e desaparecem após alguns dias.

**j)** Sempre é prudente consultar o médico, mesmo no caso de uma queimadura pequena.

**k)** A aplicação de antibióticos ou do reforço da vacina antitetânica ficará a critério exclusivo do médico.

**l)** Para as queimaduras mais graves, o tempo de cura dependerá da profundidade da lesão, se somente parte da pele foi destruída, como acontece no caso de queimadura por líquidos quentes. Uma nova pele se formará em até três semanas. A nova pele poderá ser mais escura, levando meses para adquirir sua tonalidade normal.

**m)** No caso de uma queimadura por fogo, contato com metal quente ou corrente elétrica, uma cicatriz se formará.

**n)** No caso de destruição total da pele, deverá ser feito um enxerto, para evitar cicatrizes graves.

**o)** As queimaduras elétricas são sempre graves. Não tire a criança com as mãos, mas usando um pedaço de madeira que esteja disponível. Se a criança não estiver respirando, use a reanimação boca a boca e massagem cardíaca.

**p)** Para o caso de queimadura química, se for através de roupa, esta deverá ser tirada; e em seguida lave a lesão com bastante água. Se for lesão nos olhos, lave-

os com água por quinze minutos, no mínimo, evitando que a água atinja o olho não afetado. Depois de bem lavada, remova partículas, para, finalmente, cobrir as pálpebras com gaze esterilizada. Não use algodão.

**q)** As queimaduras nas mãos deverão ser avaliadas por um cirurgião, pela possibilidade de retrações, com grave deficiência física.

*Fogão é um perigo. Pode provocar desde queimaduras até intoxicações por gás.*

## Queimadura solar

É provocada pela exposição contínua aos raios solares. Os raios infravermelhos são os responsáveis pela queimadura; eles não são bloqueados pelas nuvens. As crianças de pele branca são mais sensíveis, principalmente as com olhos azuis, louras ou ruivas, menos capazes de produzir melanina.

**Tratamento:** é feito com aplicação de pasta d'água ou Osmogel®, e nos casos mais graves o médico deverá ser consultado. Pomadas que contêm anestésicos, como benzocaína ou lidocaína, deverão ser evitadas. É preferível usar pastas inertes. Queimaduras extensas e graves podem causar náuseas, vômitos e febre.

A melhor maneira de tratar as queimaduras solares é com a prevenção. O uso de filtros solares com fator de proteção acima de 30 é eficiente na proteção da pele sensível da criança. Embora não saiam facilmente, deverão ser reaplicados após banho de mar ou de piscina. Poderão ser usados em crianças

com mais de seis meses. Os pais devem observar na bula do protetor a idade indicada.

## RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL

### A respiração boca a boca ou boca-nariz

**a)** Verifique a presença ou a ausência de pulsação na carótida (artéria no pescoço).

**b)** Limpe a boca e a garganta, com os dedos, de qualquer líquido, vômito, catarro ou corpo estranho.

**c)** Ponha a vítima de costas, colocando sua cabeça bem para trás, com o queixo para cima, manobra que colocará a língua em posição de facilitar a passagem de ar.

**d)** Com a palma da mão direita na testa, incline para trás levemente.

**e)** Aperte as narinas com o polegar e o indicador, usando a mão que está colocada sobre a testa, para evitar a saída de ar quando este for insuflado por meio da manobra boca a boca.

**f)** Na respiração boca a boca para a criança de um ou

dois anos, a pressão não é grande. Bastará soprar o ar das bochechas, como se estivesse bufando, porém para as maiores poderá ser feita maior pressão.

**g)** A boca deverá ser apertada na boca da criança, para em seguida se assoprar. Nas crianças pequenas, a boca do adulto poderá englobar a boca e o nariz ao mesmo tempo.

**h)** Verifique a eficiência da manobra pela elevação do tórax da vítima.

## SONOLÊNCIA OU DELÍRIO REPENTINO

Apresenta-se geralmente em uma criança que estava aparentemente bem e subitamente fica fora de contato com o seu ambiente, podendo ter as seguintes causas:

**1)** Febre alta e repentina.

**2)** Infecção (principalmente meningite).

**3)** Traumatismo craniano.

**4)** Envenenamento acidental, como a ingestão de alguns medicamentos contra alergia, vômitos, asma e tranquilizantes.

**5)** Disritmia (faça um eletroencefalograma).

## SOLUÇOS NO RECÉM-NASCIDO

Todos os recém-nascidos apresentam grande quantidade de soluços. Isso se deve à imaturidade da coordenação da respiração e da deglutição. Vai melhorando com tempo e a maturidade do sistema. Para a melhora, a cultura manda colocar um papel na testa da criança. Não existe comprovação científica deste fato, mas também não existe mal em fazer. Uma outra medida seria dar de mamar.

## SOLUÇOS NA CRIANÇA MAIOR

São causados pela contração do diafragma, com fechamento súbito da glote, produzindo um ruído característico. As causas mais frequentes são as seguintes: ingestão rápida de alimentos, ingestão de alimentos muito quentes, fermentação, distensão do estômago (para quem "engole" ar), excitação. Existem

causas mais graves, como hérnia estrangulada, pneumonia e infecções, sendo indispensável comunicar ao pediatra.

### Providências no caso de soluços persistentes em crianças mais velhas

**a)** Aperte rapidamente as narinas e a boca, por alguns segundos, repetindo o procedimento se necessário.

**b)** Beba líquido frio, aos goles.

## SUFOCAÇÃO (ENGASGO) CAUSADA POR INGESTÃO OU ASPIRAÇÃO DE OBJETOS ESTRANHOS

Se a criança estiver sufocada por ter engolido algum objeto que possa ser visto e facilmente pinçado de sua boca, isto deverá ser feito imediatamente. Se o objeto estiver fora de alcance, o melhor é não tentar tirá-lo, porque só poderá piorar a situação. A Academia Americana de Pediatria aconselha o seguinte: dê tapas

vigorosos nas costas da criança e depois comprima repetidamente o tórax, sempre com a cabeça da criança em posição mais baixa do que o tronco. A técnica deverá ser executada novamente se houver necessidade. Se não surtir efeito, leve-a imediatamente ao hospital. Porém, se a criança sufocada repentinamente se sentir bem, o objeto não aparecer nem for devolvido, tudo indicará que ele passou pelo esôfago (tubo que leva os alimentos da boca para o estômago), e se não apresentar dor no pescoço (à altura da garganta) ou respirar com dificuldade, não haverá nenhum problema.

Porém, se o objeto se localizar nas vias aéreas, se a criança apresentar tosse, respiração difícil, dispneia, dor no pescoço, uma radiografia mostrará se está na traqueia, nos brônquios e se há alguma lesão pulmonar consequente (pneumonia, enfisema, atelectasia). Objetos redondos como contas e bolas de gude não acarretam problemas, atingindo o estômago sem dificuldade. Na maioria das vezes eles atravessam o aparelho digestivo e depois de dois ou três dias aparecem nas fezes, que deverão ser observadas. Se após cinco dias não aparecerem, o médico deverá ser consultado. Porém, se o paciente apresentar dor abdominal, vômitos ou sangue nas evacuações,

alguma complicação se estabeleceu, devendo ser resolvida com urgência. No caso de o objeto engolido ser de forma irregular (alfinetes, pregos, cacos de vidro), a presença do médico é necessária desde o início, porém há a possibilidade de tudo correr bem.

## TEMPERATURA BAIXA (HIPOTERMIA)

Como a temperatura corporal pode se elevar, o inverso também é possível, e ela pode chegar a 36ºC e 35ºC. O bebê ou a criança apresenta-se frio, principalmente nas extremidades, com coloração arroxeada, calafrios, e, neste caso, a aplicação de banho quente é de ótimo resultado. Crianças alérgicas são sujeitas à hipotermia, sobretudo na primeira hora de sono. Os antitérmicos não causam queda de pressão ou hipotermia, sendo frequente o uso de anti-histamínicos.

É relativamente comum períodos de hipotermia, após evolução para a cura, de processos infecciosos que causaram muita febre anteriormente.

# VÔMITOS

São acompanhados de uma sensação de enjoo, náuseas, um sinal de muitas doenças. Vomitar, apesar de desagradável, não é perigoso, exceto para crianças desacordadas, inconscientes, que poderão aspirar o vômito, levando-o aos pulmões (causando sufocação ou pneumonia). A criança quando vomita precisará da presença de um médico nos seguintes casos:

**a)** Quando o vômito vem acompanhado de sonolência ou delírio.

**b)** Quando em confusão mental.

**c)** Quando tiver dor de cabeça.

**d)** Quando tiver dor de barriga.

**e)** Quando urinar frequentemente com dor.

**f)** Quando for difícil respirar.

**g)** Com febre alta ou persistente.

**h)** Quando vem acompanhado de acessos de tosse (sem ser coqueluche).

**i)** Quando se repete três ou quatro vezes em duas horas.

**j)** Se vier acompanhado de diarreia.

**k)** Quando a criança tiver manchas vermelhas pelo corpo.

## Oferta de líquidos

Comece a dar líquidos aos goles. Em pequeno volume (10ml a 20ml), a cada dez ou quinze minutos, iniciando com 1 colher (de chá) até atingir 30ml, com intervalos de trinta minutos, em seguida de uma hora. O líquido que poderá ser oferecido no intervalo de duas em duas até quatro em quatro horas é o seguinte:

- 1 litro de água filtrada
- 2 colheres (de sopa) de açúcar
- Metade de 1 colher (de chá) de sal ou 1 tampinha de refrigerante com sal

## Alimentação

Pode ser mantida a mesma alimentação convencional a que a criança está habituada. A maioria das vezes a criança não sente vontade de se alimentar, então procure oferecer coisas de que ela goste. Líquidos geralmente são bem tolerados e

podem ser oferecidos em abundância.

### Causas

Gastroenterite, infecções (causadas por viroses e bactérias), pancadas na cabeça, dor de ouvido (otite), dor de garganta (faringite), infecções urinárias, apendicite, obstrução intestinal, indigestão e tensão nervosa.

## VÔMITOS COM SANGUE (HEMATÊMESE)

São causados por hemorragia no estômago ou no esôfago. A perda de sangue poderá ser em quantidade apreciável ou vestigial.

## Causas

No recém-nascido: fissura ou rachadura dos mamilos da mãe, com sangramento, em crianças amamentadas ao peito; deglutição de sangue materno na hora do parto (normal ou cesariana); doença hemorrágica (deficiência de vitamina K); doenças do

fígado; distúrbios da coagulação; infecções graves (septicemia).

Em crianças maiores: deglutição de sangue devido à hemorragia nos dentes, no nariz ou nas gengivas; tosse violenta; gastrite; ingestão de ácido ou grande quantidade de aspirina ou ferro medicamentoso.

Causas mais graves, como úlceras e varizes, são raras na infância. De qualquer modo, uma hemorragia digestiva pode ter causas muito graves, devendo o pediatra ser sempre consultado.

## Tratamento

Deite a criança, ofereça-lhe líquidos (suco de frutas, isotônicos e água de coco) ou gelatina. A administração de metoclopramidas, por via oral ou intramuscular, é eficiente e de ação rápida, sendo indispensável a prescrição médica.

Capítulo 28

# Como evitar doenças e acidentes

# Como evitar doenças e acidentes

*A vacinação é uma das principais armas para a defesa da saúde da criança.*

A melhor maneira de ajudar seu filho a crescer saudável e com desenvolvimento adequado é evitando que ele fique doente. Apesar de todo o

progresso da ciência, o tratamento de determinadas doenças é muito ineficiente ou incapaz de resultar em cura completa sem deixar qualquer sequela.

Neste capítulo abordaremos algumas regras para proteger seu filho das doenças infecciosas, tão frequentes nesta fase da vida. Uma das principais armas de que dispomos é a vacinação.

Apresentamos a seguir o Calendário de Imunizações recomendado. Elaboramos esta recomendação a partir das recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Imunizações. Algumas vacinas não são obrigatórias no calendário do Ministério da Saúde.

A vacinação é a aquisição mais sensacional que os cientistas do século XX puseram à disposição da humanidade para evitar doenças infecciosas. As crianças foram as maiores beneficiadas, sendo protegidas desde o primeiro dia de vida de doenças mortais ou de doenças que prejudicam seu crescimento e desenvolvimento.

Apresentamos as vacinas existentes que poderão ser usadas pelas crianças, de acordo com seu pediatra.

As vacinas podem ser divididas em dois grupos:

# VACINAS DISPONÍVEIS

Atualmente o calendário de vacina brasileiro disponível em qualquer posto de saúde é um dos mais completos do mundo; poucas vacinas estão disponíveis apenas na rede particular. Neste calendário colocaremos todas as vacinas orientadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

**Ao nascer** (de três a trinta dias):

Contra a tuberculose, a BCG intradérmica e a vacina contra a hepatite B. A vacina da hepatite B é fornecida ao nascer em todas as maternidades do Brasil. A BCG está disponível em todos os postos do Brasil, devendo ser feita até trinta dias de vida, preferencialmente.

**2º mês** (sessenta dias completos):

Será aplicada a primeira dose da penta ou hexa (vacina tríplice bacteriana contra a difteria, o tétano e a coqueluche, também conhecida por vacina DPT+ vacina anti-hemófilos + Hepatite B + vacina contra

poliomielite), primeira dose da vacina contra pneumococo e a vacina oral contra rotavírus.

## 3º mês

Será administrada a primeira dose da vacina contra meningococo tipo C.

## 4º mês (120 dias completos):

Será aplicada a segunda dose da penta ou hexa (vacina tríplice bacteriana contra a difteria, o tétano e a coqueluche, também conhecida por vacina DPT+ vacina anti-hemófilos + Hepatite B + vacina contra poliomielite), segunda dose da vacina contra pneumococo e a segunda dose da vacina contra rotavírus oral.

## 5º mês

Será administrada a segunda dose da vacina contra meningococo.

## 6º mês (180 dias completos):

Será aplicada a terceira dose da pentavalente (vacina tríplice bacteriana contra a difteria, o tétano e a coqueluche, também conhecida por vacina DPT+ vacina anti-hemófilos + Hepatite B + vacina contra poliomielite), terceira dose da vacina contra pneumococo e a terceira dose da vacina contra rotavírus oral.

Nos meses de inverno, a partir do 6º mês deverá ser dada a vacina contra a gripe, que é feita por campanha de abril a junho, geralmente. É aplicada em duas doses em crianças entre seis meses a dois anos de idade.

## 12º mês

Será administrada a vacina tetravalente viral (contra catapora, sarampo, rubéola e caxumba), a quarta dose da vacina pneumocócica. A vacina contra hepatite A (primeira dose) também é recomendada porém não está disponível na rede pública, apenas na rede particular.

## 15º mês

Será aplicada a quarta dose da tetravalente bacteriana (DTP + anti-influenza + vacina contra poliomielite) + segunda dose da tetravalente viral (contra a catapora, sarampo, rubéola e caxumba).

## 18º mês

Será administrada a segunda dose da vacina contra a hepatite A (não disponível na rede pública).



## CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO M
### anos

| Vacina | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ao nascer | 2 meses | 3 meses | 4 meses | m |
| BCG ID | X | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatite B | X | X | | X | |
| DTP/DTP | | X | | X | |
| Hib | | X | | X | |
| VIP/VOP | | X | | X | |
| Pneumocócica conjugada | | X | | X | |
| Meningocócica C conjugada | | | X | | |
| Rotavírus | | X | | X | |
| Febre amarela | A partir de nove meses | | | | |
| SRC/Varicela SCRV | | | | | |
| Influenza* | | | | | |

* Recomendada a partir dos 6 meses, preferencialmente nos meses de abril a julho.

## Observações ao calendário

**1)** Este calendário não deverá ser utilizado de maneira rígida e imutável, podendo ser adaptado de acordo com as circunstâncias epidemiológicas ou operacionais, de acordo com a opção do pediatra.

**2)** Quanto mais precoce a vacinação BCG, melhor, visando-se à profilaxia de formas graves de tuberculose na infância, como a meningite tuberculosa. Quando não for feita no primeiro mês de vida, poderá ser aplicada até os quatro anos de idade, sem PPD (exame que serve para diagnosticar a tuberculose) prévio.

**3)** Pesquisas demonstraram que a vacina contra o sarampo é significativamente mais eficaz após os quatorze meses de idade.

## Considerações gerais

As vacinas deverão ser aplicadas nos meses apropriados; porém, no caso de alguma não ter sido aplicada, poderá ser iniciada em qualquer mês subsequente, respeitando os intervalos aconselhados. Nunca é demais insistir em que os pais e o médico não devam perder a oportunidade de imunizar o bebê na idade exata.

## Reação local após a aplicação da vacina injetável

É comum o local da aplicação da injeção apresentar vermelhidão, uma mancha roxa ou um endurecimento, um nódulo que se percebe ao contato com a ponta do dedo. A vermelhidão quase imediata é uma reação de natureza alérgica à própria picada da agulha ou ao líquido injetado, às vezes até à fricção do antisséptico usado: álcool, éter ou acetona. Esta vermelhidão costuma ceder num período entre uma a 24 horas; entretanto, quando aparece dois a três dias depois, estamos diante de um processo inflamatório e a avaliação do médico será necessária.

O aparecimento de uma mancha roxa é devido à ruptura de pequenos vasos sanguíneos, provocada pela introdução da agulha, e depende em parte de um pouco de sorte da criança, pois não é possível ao médico que aplica a injeção saber realmente o local onde estão os vasos sanguíneos. Entretanto, se esta mancha roxa (equimose) for extensa, volumosa, já passará a ser um hematoma e poderá haver algum problema de coagulação sanguínea que a criança tenha e até então havia passado despercebido. O exame de sangue, denominado coagulograma, deverá

ser feito.

No terceiro caso, o endurecimento, o aparecimento de um nódulo, se for imediato, é uma reação de natureza alérgica às substâncias que foram injetadas, mais comum em vacinas do que em antibióticos ou qualquer tipo de injeção. Este nódulo cederá após alguns minutos ou horas. No caso de permanecer dias, semanas e até meses, demonstrará que o organismo não absorve com facilidade ou não absorveu parte do líquido injetado. Todo cuidado deverá ser tomado quando se for aplicar uma nova injeção, evitando aplicar sempre no mesmo lugar.

O tratamento é simples: consiste na aplicação de compressas mornas, quase frias.

A reação geral que pode acontecer em algumas crianças, acompanhando a reação local e manifestada por ligeira elevação de temperatura, dor local e algum mal-estar, como diminuição de apetite ou perda de sono, cede facilmente com a aplicação de um analgésico por via oral de seis em seis horas durante 24 ou 48 horas.

## CONTRAINDICAÇÕES DAS VACINAS

**a)** Febre não é uma contraindicação absoluta porém

deve ser evitada, aplicando-se a vacina nos dias posteriores.

**b)** Diarreia e vômitos (golfadas não contraindicam) para vacinas orais.

**c)** Na evolução de doenças graves, tanto na fase aguda quanto na convalescença.

**d)** Crianças que estejam tomando, ou tenham tomado, cortisona, quimioterápicos ou imunossupressores nos últimos noventa dias.

**e)** Crianças que foram submetidas à vacinação contra raiva somente poderão ser vacinadas trinta dias após a última dose.

## A IMUNOGLOBULINA (GAMAGLOBINA) E A APLICAÇÃO DE VACINAS

As imunoglobulinas contêm anticorpos que podem prejudicar a eficácia das vacinas vivas. Esta interferência não é observada com outras vacinas mortas, como a Tríplice DPT, que pode, então, ser aplicada em qualquer tempo após o uso da imunoglobulina (anteriormente chamada de

gamaglobulina). Vacinas vivas, como a MMR, só deverão ser aplicadas após dois meses de administração da imunoglobulina.

Parece que a imunoglobulina não interfere com a pega da vacina viva contra a poliomielite (Sabin) ou contra a febre amarela.

Por outro lado, às vezes é necessário, por vários motivos, aplicar imunoglobulina após a administração de vacina de vírus vivo. Se o intervalo entre a administração da vacina e a aplicação de imunoglobulina for inferior a duas semanas, é melhor repetir a vacina três meses depois da imunoglobulina. Se o intervalo entre a aplicação da vacina e da imunoglobulina for superior a duas semanas, não haverá necessidade de repetir a vacina. Com outras vacinas, como a Tríplice DPT, não há problema.

Se houver necessidade, a imunoglobulina e a vacina poderão ser dadas no mesmo dia. Isto ocorre, por exemplo, em crianças não imunizadas contra o tétano, após ferimentos profundos e muito contaminados. Faz-se a vacina contra o tétano numa nádega ou coxa, e a imunoglobulina hiperimune contra o tétano na outra nádega ou coxa. Se for aplicada uma vacina viva no mesmo dia da aplicação

da imunoglobulina, a vacina deverá ser repetida três meses depois.

## Uso e abuso da imunoglobulina humana (gamaglobulina)

Atualmente, no louvável desejo de proteger as crianças contra as infecções, mães e médicos recorrem à aplicação da já popularizada gamaglobulina, como se fosse verdadeira panaceia (droga que serve para tudo). Entretanto, a gamaglobulina tem suas indicações exatas, não valendo a pena aplicar injeções em crianças quando não indicadas. Daremos a seguir um esquema da conveniência ou não da aplicação da gamaglobulina, publicado pela Academia Americana de Pediatria.

## Indicação certa

**a)** A agamaglobulinemia (ausência congênita da gamaglobulina, normalmente existente no sangue) e outras imunodeficiências.

**b)** Atenuação ou prevenção de sarampo, devendo ser empregada até o sexto dia de incubação.

**c)** Prevenção das hepatites A e B.

## Indicação sem proveito

**a)** Asma infecciosa ou não.

**b)** Resfriados, bronquites, amigdalites, otites.

**c)** Pielonefrite crônica (pus na urina).

**d)** Osteomielite crônica (inflamação da medula óssea).

**e)** Leucemia.

**f)** Queimados.

## POR QUE AS CRIANÇAS NOS PRIMEIROS ANOS ADOECEM MAIS DO QUE OS ADULTOS?

**a)** Por causa da velocidade de aumento de peso e estatura (triplica o peso e cresce a metade do tamanho inicial no final do primeiro ano) — uma criança com três quilos chega ao final do seu primeiro ano de vida com nove quilos e com altura de 75cm.

**b)** Porque há certo grau de imaturidade do mecanismo de imunidade. Assim, muitos bebês perdem cedo os anticorpos (defesa) herdados da mãe, geralmente até os seis meses, ficando desprotegidos contra as infecções, pois são incapazes ainda de produzir em quantidade satisfatória seus próprios anticorpos. Daí a importância do leite materno, já que os anticorpos são passivamente transferidos para o feto durante a vida intrauterina e pelo leite materno durante a amamentação.

**c)** Pelo fator ambiental. Pelo fato de o organismo infantil ser mais sensível às variações do meio ambiente, deve-se evitar as más condições de higiene, a falta de saneamento, a falta de redes de água e esgoto, quartos mal ventilados, onde o sol não penetra, excesso de umidade, a promiscuidade com os adultos, pois tudo isto facilitará as infecções secundárias no bebê.

**d)** Pela facilidade de perder calor, de esfriar com maior facilidade, devido à grande superfície corpórea em relação ao seu peso.

**e)** Por sua imaturidade psíquica, que as torna desinteressadas de sua própria proteção.

**f)** Pelos vômitos relativamente mais frequentes,

acarretando uma diminuição transitória do ácido clorídrico gástrico, favorecendo a maior penetração de bactérias no aparelho digestivo e provocando infecções intestinais.

**g)** Pela facilidade de se contaminar, levando à boca tudo aquilo que consegue alcançar. A saliva tem ação eficiente contra as bactérias, mas não contra os vírus, e é por isso que são frequentes as infecções do aparelho respiratório, febre, tosses, catarro, coriza e até pneumonia, provocados por vírus.

**h)** Pela displicência dos pais, de não terem dado as vacinas nas épocas certas, com os intervalos e em instituições ou consultórios médicos.

**i)** Pela ausência de imunidade contra alguns tipos de vírus, contra os quais ainda não existem vacinas.

**j)** Porque o mecanismo de defesa, embora presente no bebê, é inferior ao da criança na idade escolar e ao do adulto, tendo menos capacidade de produzir anticorpos e uma menor resposta no desenvolvimento dos leucócitos, os glóbulos brancos, encarregados da defesa, evitando que as bactérias ou outros germes se multipliquem no sangue, agravando a doença e dificultando o tratamento. O homem é, ao nascer, o mais frágil de todos os seres, o que necessita

de maiores cuidados, sendo também o mais sujeito às agressões externas. Entre estas destacam-se, pela sua frequência e gravidade, as moléstias infecciosas. Como, então, afastá-las da criança?

Estas infecções na fase infantil servem para a criação de anticorpos (de uma memória) para a vida adulta, por esta razão os adultos adoecem menos. Assim, estas infecções são um mal necessário.

## Mantenha o bebê com saúde

Verifique seu peso, estatura, perímetros (circunferência da cabeça e do peito), qualidade dos alimentos, enfim, todos os sinais de saúde.

## Respeite todas as regras da higiene pessoal

Banhos diários, ambientes limpos e ventilados, horas de sono normais, vida ao ar livre, banhos de sol, e o mais cuidadoso de todos os hábitos infantis: mãos limpas às refeições.

## Não saia de casa com o bebê para fazer passeios longos e desnecessários

Principalmente de ônibus e automóvel, onde ele fica exposto à superventilação, diminuindo sua resistência.

## Evite aglomerações

Principalmente as de adultos, festas, aniversários, feiras, procissões etc., principalmente em menores de três meses.

## Cuide da higiene na alimentação

A água deverá ser sempre fervida e filtrada, o leite de vaca fervido e guardado em lugar fresco, ao abrigo da contaminação exterior. Bicos de mamadeira, colheres, pratos e copos deverão estar sempre limpos. Alimentos crus, como legumes, frutas etc., deverão ser guardados em geladeira.

## Evite contágio com pessoas estranhas

Os adultos que convivem com o bebê deverão estar em perfeito estado de saúde. Cuidado com as babás.

## Evite contato com pessoas doentes (viroses respiratórias)

Evite contato com pessoas portadoras de doenças agudas ou crônicas, mesmo que sejam visitas ou parentes. Sobretudo, evite os beijos. Adulto com viroses, gripes ou resfriados que beija uma criança recém-nascida não tem educação, principalmente educação sanitária, pois existem os denominados *portadores sãos* de germes, isto é, pessoas que albergam os micróbios sem contudo sofrerem da moléstia, transmitindo-a aos outros.

## Evite contato com animais

Principalmente com cachorros, pois estes, além de transmitirem a raiva, poderão transmitir muitas outras moléstias. Gatos e papagaios podem transmitir toxoplasmose. Os mosquitos, pulgas e percevejos transmitem moléstias terríveis, desde o impaludismo

e a febre amarela até a peste bubônica. Proteger a criança contra eles é fundamental.

## Não descuide do mais leve distúrbio alimentar

Vômitos, diarreias, resfriados e ferimentos deverão ser considerados na infância e tratados convenientemente.

## Utilize as grandes conquistas da imunização

As crianças podem aproveitar as magníficas e quase milagrosas conquistas da medicina no campo da prevenção. A vacinação, aconselhada neste livro, nos dois primeiros anos de vida, confere à criança segura e eficiente proteção contra diversas moléstias comuns e perigosas. Os pais não deverão deixar de submeter seus filhos a ela, quando indicada pelo médico, a não ser que queiram arcar com toda a responsabilidade e todo o risco que esta atitude possa acarretar.

## Aspectos gerais da proteção contra acidentes na infância

**Do nascimento aos três meses.** A criança costuma levar à boca qualquer objeto que tenha ao seu alcance e que possa segurar. São frequentes as sufocações causadas por roupas inadequadas, roupas de cama mal colocadas, propiciando a cobertura da boca e das narinas da criança, as queimaduras, principalmente na hora do banho, uso indevido de antialérgicos e descongestionantes nasais, levando a intoxicações.

Precauções: observe a temperatura da água do banho. Evite pequenos objetos que possam ser levados à boca. Evite objetos com tinta e pinturas que contenham chumbo. Use colchão firme e lençóis leves.

**De quatro a seis meses.** Não deixe a criança sozinha, pois ela poderá rolar e cair. Não deixe objetos perto do bebê. Quando ele estiver na

banheira, observe se tem alguma torneira ao seu alcance. Poderá abrir a torneira quente e se queimar. Não deixe a criança sozinha no banho. Os chocalhos deverão ser fortes, e, quando possuírem contas, estas deverão ser grandes e bem presas. A cama não deverá ser pintada com tinta que contenha chumbo.

**De sete a doze meses.** Mantenha remédios e produtos tóxicos longe da crianças, pois tudo que estiver ao seu alcance será levado à boca. Alfinetes, agulhas, botões, pequenos objetos não deverão ficar ao alcance dela. Não deixe a toalha de mesa pendendo nos cantos da mesa, pois a criança poderá puxá-la e cair tudo em cima dela. Líquidos e alimentos quentes deverão ficar no centro da mesa, para não serem alcançados. Se não puder vigiá-la, o melhor é colocá-la num cercado.

**De um a dois anos.** Evite quedas, coloque portões nas escadas, rede de segurança nas sacadas e varandas, grades nas janelas. As portas de automóveis deverão ter travas, fora do alcance da criança. As portas que dão saída para a rua ou áreas perigosas deverão estar bem fechadas. As tomadas deverão estar tapadas. Substâncias venenosas, tóxicas, água

sanitária, detergentes etc. deverão estar fora do alcance da criança. As piscinas, por menor que sejam, deverão ser cercadas ou cobertas quando sem supervisão de adultos. A cozinha é sempre o lugar preferido das crianças nesta idade, mas é o local de ocorrência da maioria dos acidentes. Coloque um portão baixo vedando a passagem das crianças para a cozinha. Evite brinquedos com peças facilmente removíveis, pois poderão ser retiradas, engolidas ou aspiradas.

### Fatores que facilitam os acidentes

**a)** As piscinas em casa facilitam os afogamentos.

**b)** Em casa de médicos e enfermeiros, existe maior facilidade de acidentes com ingestão de medicamentos.

**c)** Casas de pais que usam muitas ferramentas cortantes.

**d)** Falta de informação dos pais sobre riscos de acidentes. Em 80% dos acidentes, segundo as estatísticas, os pais não estavam prevenidos para a possibilidade de um acidente.

**e)** O risco de acidente em crianças com

retardo mental é maior.

**f)** As crianças da zona rural são mais expostas aos riscos com inseticidas, adubos, defensivos agrícolas, maquinário pesado, facas, machados, serras, coices de animais e afogamento em barro e pântanos.

É importante que os pais das crianças dos grandes centros urbanos sejam prevenidos das principais causas de acidentes, pelos pediatras, professores e demais membros da comunidade.

## Decálogo da prevenção

**1)** Prevenção contra quedas, evitando permitir que a criança fique só em locais de risco (em cima da mesa, em escadas etc.).

**2)** Prevenção contra cortes, evitando que alguns objetos, como tesouras, facas e serras, estejam ao alcance da criança.

**3)** Nunca deixe uma criança com menos de um ano sozinha, mesmo que esteja dormindo, pois ela poderá cair do berço ou da cama, vomitar (e aspirar os vômitos), sufocar-se com as roupas etc.

**4)** Para evitar a queda de berço, mantenha as grades laterais sempre elevadas.

**5)** Ao alimentar a criança durante a noite, a mãe precisará estar bem alerta.

**6)** Não fume enquanto cuida do bebê, pois poderá queimá-lo ou sufocá-lo (o ideal é não fumar nunca).

**7)** Não deixe a criança pequena sob os cuidados de outra pessoa ou criança por muito tempo. Ela poderá se cansar, deixar de prestar atenção, e um acidente acontecer.

**8)** Impeça que ela suba ou desça escadas, evitando também quinas de móveis (se for preciso, coloque protetores acolchoados nas pontas).

**9)** Quando colocar uma criança no colo, observe bem por onde anda, para não tropeçar, bater com a cabeça da criança em algum lugar mais baixo. Não vá a uma janela aberta com a criança ao colo.

**10)** A criança não deverá ficar no banco da frente do carro, apenas no de trás na cadeirinha, e com cinto. Nunca ande de moto com seu filho, muito menos ande com ele de bicicleta em local movimentado.

*Deixar remédios ao alcance das crianças é uma distração que pode ter consequências imprevisíveis.*

## Aspectos gerais da proteção contra intoxicações na criança

Algumas drogas causam um efeito muito maior na criança do que no adulto; elas são mais sensíveis.

Dentre elas podemos destacar: álcool, anilinas, cafeína, cloranfenicol, cocaína, morfina, quinina, resorcina, fenobarbital, ácido cianídrico, adrenalina, apomorfina, digitálicos, estricnina, monóxido de carbono (presente na fumaça que sai dos canos de descarga do carro) e pilocarpina.

## Normas para prevenir intoxicações

**1)** Guarde remédios e produtos tóxicos longe do alcance da criança.

**2)** Nunca guarde produtos tóxicos onde são guardados os alimentos.

**3)** Guarde os produtos tóxicos sempre em seus frascos originais e nunca em outros frascos, principalmente nos de bebidas conhecidas pelas

crianças.

**4)** Não guarde desnecessariamente medicamentos já usados e que restaram ainda no vidro. Se guardá-los, não os deixe ao alcance da criança.

**5)** Nunca ofereça medicamentos à criança sugerindo que têm sabor agradável; sempre diga que são *remédios*.

**6)** Nunca pegue ou ofereça um medicamento no escuro. Veja com atenção o que está sendo ministrado a seu filho.

**7)** Nenhum inseticida deverá ser guardado ao alcance da criança. Deverá ser colocado em armários fechados.

**8)** Sempre que for usar um produto químico, leia com atenção as instruções, principalmente como agir em caso de acidente ou intoxicação.

**9)** Nunca reutilize recipientes de produtos tóxicos. Ao terminar o conteúdo, jogue-os fora, em saco de lixo fechado.

## CUIDADOS COM OS MEDICAMENTOS

Deve-se tomar bastante cuidado com os comprimidos que tenham sabor doce (adocicados); até os comprimidos infantis podem matar uma criança. Constitui um erro algumas mães, ao darem um destes tipos de remédio ao seu filho, dizerem: "Tome, meu filho, é uma bala, um doce." A pessoa a dar o remédio deverá sempre verificar o rótulo antes de administrá-lo, principalmente durante a noite, se estiver sonolenta; é prudente acender a luz e ver se o rótulo e a dosagem estão certos e ler sua formulação. Das crianças maiores, procure saber o que ela bebeu ou comeu. Os pais deverão ser cautelosos durante uma mudança de residência ou quando estiverem se preparando para viajar, porque os remédios poderão estar fora do seu lugar normal. No caso de a criança ingerir pílulas ou drágeas que não são preparadas com substância alcalina, ácidos fortes ou derivados do petróleo (querosene e gasolina), o vômito deverá ser provocado.

Guarde os remédios sempre fora do alcance das crianças, em gavetas e armários trancados na cozinha, em gavetas de cômodas e armários nos quartos, no banheiro. Não os deixe na garagem ou no sótão, onde às vezes são guardados desinfetantes e gasolina em garrafas de refrigerantes, nem em bolsa de mulher,

que as crianças adoram abrir e remexer. Nos Estados Unidos, 40% das mulheres carregam em suas bolsas remédios para dor de cabeça, sedativos, vitaminas e pílulas anticoncepcionais.

No caso de a criança beber uma dose exagerada de algum medicamento, o mais aconselhável é comunicar o médico.

Capítulo 29

# Doenças comuns na criança

## QUANDO CHAMAR O PEDIATRA OU LEVAR A CRIANÇA AO CONSULTÓRIO

A decisão dependerá de diversas considerações: a idade da criança, os sintomas, o grau de febre, enfim, o aspecto geral.

### O médico deverá examinar

**a)** Todo bebê com febre, com menos de seis meses de idade, independentemente do estado geral.

**b)** Febre de 39ºC em criança de seis meses a dois anos.

**c)** A criança sonolenta ou *desligada*, desinteressada do ambiente e das pessoas, mesmo sem febre.

**d)** Qualquer criança com dificuldade respiratória ou com respiração acelerada.

**e)** Criança de dois anos, com 40ºC de febre, que os pais não conseguem baixar com antitérmicos e banhos, embora o estado geral seja bom.

**f)** Criança com dor de barriga incapacitante acompanhadas de vômitos persistentes.

**g)** Qualquer vômito que deixe a criança abatida.

**h)** Diarreia que deixa a criança *caidinha* ou que tenha mais de seis evacuações em 24 horas. Ou, então, menos evacuações, porém apresentando sangue ou pus.

**i)** Criança que apresenta sinais evidentes de dor de ouvido.

**j)** Choro ou gemido permanente, incontrolável pelos recursos habituais, carinho ou sedativo.

**k)** Qualquer febre que dure mais de três dias, embora o estado geral se apresente satisfatório.

**l)** Se a criança está pálida ou assustada, com expressão diferente no rosto, que as mães percebem por este sentimento misterioso, enigmático, que elas possuem.

**m)** Infecções purulentas da pele (impetigo, piodermite) no bebê, bem como eczemas extensos.

**n)** Manifestações hemorrágicas da pele — petéquias, hemorragias da pele semelhantes a picadas de pulga, e equimoses, que são manchas escuras na pele ou nas mucosas da boca.

## REAÇÃO ALÉRGICA A MEDICAMENTOS

A reação poderá ocorrer imediatamente após a ingestão ou dentro de horas ou dias após o medicamento ter sido ingerido. As mais comuns são urticária (lesões vermelhas como placas que aparecem geralmente no tronco, braços e pernas), coceira (prurido) e, em casos mais graves, alguma dificuldade para respirar. Quando são mais duradouras, persistentes, elas se iniciam três dias após o remédio ter sido tomado, e são urticária e inflamação das articulações.

O *rash*, erupção de tonalidade rósea, pode aparecer entre cinco e sete dias depois de o medicamento ter sido interrompido. O eritema urticariforme poderá se apresentar pelo rosto, braços, tronco e pernas. As solas dos pés e as palmas das mãos poderão ser também atingidas. São comuns as mudanças bruscas,

com surgimento e desaparecimento rápido de "placas" que surgem em novos locais.

Reações graves, como bolhas, vesículas, feridas (ulcerações) e hemorragia da pele são raras, mas possíveis. A eventualidade de febre e inflamação de órgãos internos (como os rins) tem sido relatada.

Não só os remédios ingeridos são os únicos causadores. Qualquer medicamento que estabeleça contato com o corpo poderá provocar alergia. São suspeitos os colírios, gotas nasais, sprays (vaporizadores) nasais ou para garganta, supositórios, vacinas, sedativos, laxantes, analgésicos, tônicos, pastas de dentes e loções tópicas aplicadas na pele e até mesmo alguns alimentos.

Existem casos em que a criança é alérgica a medicamentos tomados ou aplicados na mesma ocasião. Saber qual foi o causador é questão de observação e tempo. Se a criança apresentar alergia a determinado medicamento, não deverá tornar a tomá-lo, pois as reações subsequentes serão cada vez mais graves. A família deverá sempre avisar ao médico que estiver atendendo à criança.

Até hoje não há teste definitivo e seguro para determinar a sensibilidade às drogas e os médicos acreditam ser da maior importância que isto fique

bem claro. Existem protocolos onde é realizado um teste de provocação como o remédio suspeito porém, por possuir risco para a criança, não é realizado rotineiramente, tendo apenas pouca indicação clínica.

## O APARELHO DIGESTIVO

### Falta de apetite (inapetência)

As crianças que se negam a comer — recém-nascidos, pré-escolares e escolares — passam a constituir uma das maiores preocupações dos pais. Em primeiro lugar, a falta de apetite crônica, que interfere no peso, na estatura e no estado geral, é, sem dúvida, um caso de exame clínico. Diversos estados patológicos, como anemia, verminose, carência de vitaminas, infecções subagudas de evolução longa (algumas viroses) ou formas latentes de tuberculose ganglionar, amigdalites, sinusites, adenoidites crônicas, são provavelmente razões mais frequentes que, após exame cuidadoso, o pediatra poderá verificar.

No que se refere aos pais, a falta de apetite poderá

ser provocada por erros educacionais em relação à alimentação.

São os mais prováveis:

**a)** Insistência (às vezes violenta): obrigar a criança a comer mais do que necessita; obrigá-la a comer quando está doente; obrigá-la a comer quando está contrariada; obrigá-la a comer o que os pais "imaginam" ser o ideal; obrigá-la a comer alimentos que ela detesta, porque os pais julgam ser muito bons.

**b)** Ambiente agitado: excitações, brinquedos barulhentos etc.

**c)** Má qualidade do alimento em apresentação e preparação.

**d)** Ambiente anti-higiênico, falta de ar, sol, repouso.

**e)** Ambiente rígido e excesso de tarefas escolares.

**f)** Falta de afetividade dos pais.

**g)** Pais nervosos, angustiados com a comida.

**h)** Alimentos mal temperados.

## Remédio para induzir o apetite

Tem sido sempre um problema para os pediatras o

tratamento da falta de apetite da criança. Os pais deverão compreender que após o primeiro ano de vida a criança normalmente tem o seu apetite diminuído, até aproximadamente os três anos. Corresponde esta *falta de apetite* ao período de *negativismo*, em que a criança é extremamente rebelde e inquieta e tem um prazer sádico em exasperar a mãe ou quem lhe vai alimentar. Também nesta idade os *resfriados* e *gripes* são muito frequentes e contribuem para a falta de vontade de comer. A própria natureza do crescimento nesta idade faz com que ela coma menos. No primeiro ano de vida a criança triplica de peso, entre um e três anos engorda apenas dois quilos por ano, cerca de 200 gramas por mês. Os pais deverão ser alertados para o que possivelmente vai acontecer, antes do final do primeiro ano de vida, para que se preparem para enfrentar os problemas da melhor maneira possível, sobretudo com muita paciência e sem ansiedade.

Os tônicos para abrir o apetite administrados em colheres de sopa, em gotas ou em comprimidos, depois das refeições, são de resultados desanimadores. Os denominados "estimuladores do apetite", baseados na diminuição do açúcar que eles acarretam, provocando a fome, dão resultados satisfatórios,

porém terão de ser mantidos constantemente, pois a suspensão diminui o efeito, ou seja, não são recomendados.

## A DOENÇA DOS LÁBIOS

### Quilite angular (comissurite/perleche)

Denomina-se quilite angular a inflamação localizada nos cantos da boca, nas comissuras labiais, decorrendo deste fato o nome técnico de comissurite. Ataca geralmente as crianças em idade escolar. Atualmente é atribuída à avitaminose B — deficiência de vitamina B2 — ou infecção (estafilococos, sapinho, vírus etc.). A quilite angular é transmitida por objetos, como lápis, copos, garfos etc. Seu tratamento é lavagem com água e sabão, com melhora espontânea de dois a cinco dias. Seu nome popular é *boqueira*.

### Lábios secos

Descamativos, fissurados, sangrando. A criança

tem a sensação de queimadura, tecnicamente denominada quilite. São comumente observados nos processos febris, como também pela sensibilidade (alergia) ao contato com brinquedos, alimentos, dentifrícios e goma de mascar. Algumas crianças apresentam o tique de umedecer os lábios constantemente com a língua, acabando por causar esta inflamação. Existem crianças que apresentam sensibilidade aos raios solares ou à exposição demorada ao vento frio. O tratamento consiste na aplicação de cremes à base de manteiga de cacau.

## Lábios inchados

Urticária ou angioedema. A criança acorda subitamente com o lábio inferior ou superior extremamente inchado, sem dor, e surpresa. Trata-se de uma manifestação alérgica, causada por um tipo de alimento ou outro agente alérgeno (tudo que pode causar alergia), podendo ainda ser de causa hereditária, mais grave, ou por doença do complemento (complemento é um elemento cuja falta, ou deficiência, pode cursar com alergia, urticárias e reações alérgicas graves). O tratamento consistirá em um antialérgico ou anti-histamínicos, e

o médico sempre deverá ser consultado.

## Lábio leporino e fenda palatina

Lábio leporino é a separação do lábio superior da boca, de um lado só (unilateral), ou dos dois (bilateral), deixando visíveis as gengivas e às vezes até as narinas. O bebê poderá apresentar, além do lábio leporino, uma abertura no céu da boca (fenda palatina), não havendo neste caso a separação da cavidade bucal da nasal. A incidência é de 1 por 1.000 casos de lábio leporino associado à fenda palatina, também conhecida como goela de lobo, e a eventualidade de ser somente a goela de lobo é de 1 por 2.500. O lábio leporino é mais frequente nos meninos e a goela de lobo nas meninas. Sua causa parece ser genética, com casos anteriores em avós ou tios. Esta hipótese é reforçada pelo fato de aparecerem em 40% a 50% de casos de gêmeos de uma só placenta (univitelinos, gêmeos verdadeiros) e somente em 3% a 5% em gêmeos fraternos, isto é, de duas placentas. O maior problema é a alimentação. O bebê alimenta-se melhor na posição vertical, isto é, sustentado de pé. A amamentação ao peito materno deve ser mantida e é recomendada.

O bico da mamadeira deverá ser flexível, com orifício bem aberto quando usados. É importante evitar que o bebê aspire o leite, atingindo o pulmão. O uso precoce de uma prótese de plástico, nos portadores de fenda palatina, auxilia sua alimentação, fornecendo uma base para a pressão da língua durante a sucção. Depois de alguns dias, o bebê acabará por se ajeitar com o bico da mamadeira. Raras vezes há necessidade de usar sonda. A cirurgia do lábio leporino poderá ser feita desde os dois meses de idade, depois de o bebê ter ganho peso normal e estar livre de qualquer infecção oral ou respiratória. A consulta ao cirurgião plástico, que avaliará o melhor momento para a realização da cirurgia, é indispensável.

## AS DOENÇAS DA LÍNGUA

### Língua geográfica

A língua, neste caso, apresenta-se com uma camada branca, irregular em seus contornos, assemelhando-se à forma de um mapa, sendo esta a causa de a

chamarem geográfica. Mostra variações, aparecendo e desaparecendo, e em outras ocasiões permanecendo por um, três ou cinco anos. Do ponto de vista clínico imediato, não tem significado ou perigo maior. Sua causa é desconhecida, sendo apontados diversos fatores: aumento da acidez gástrica, estados alérgicos, verminoses (oxiúros), falta de vitamina B (riboflavina) e doenças crônicas ou alérgicas.

## Língua preta

São manchas pretas ou marrom-escuras que ocupam toda a face superior da língua, ou parte dela, sobretudo a posterior, mais para o fundo da garganta. O uso prolongado de antibióticos, por via oral, poderá provocá-la, especialmente pastilhas. A higiene regular da língua, com a própria escova de dentes, faz desaparecer o problema.

## Língua suja

Língua saburrosa, frequente em crianças com tendência a perturbações do estômago (má digestão, gastrites), crianças desidratadas, durante os períodos

febris, e nas que respiram constantemente pela boca, devido à hipertrofia das adenoides e amígdalas.

### Língua fissurada

Que sangra com facilidade. Trata-se de língua geralmente grande, de aspecto feio, cheia de fissuras (cortes), e nos lábios percebe-se a impressão dos dentes. É observada com maior frequência nas crianças com síndrome de Down. Pode tornar-se dolorida pelo acúmulo de restos alimentares nas fissuras. A limpeza diária com a escova de dentes resolverá o problema.

## AS DOENÇAS DAS GENGIVAS

A gengivite, inflamação das gengivas, é muito mais frequente nos adultos e adolescentes do que nas crianças. As causas mais prováveis, quando se manifestam na infância, são infecções, entre as quais a estomatite é a mais frequente. Outras causas são a falta de higiene bucal, com ausência de remoção dos resíduos alimentares entre os dentes, causa comum

nos escolares; falta de quantidade suficiente de vitaminas, especialmente por deficiência de sucos de frutas na dieta; reações alérgicas a alguns remédios; e também a respiração constante pela boca, por obstrução nasal, pela hipertrofia das adenoides. As estomatites são causadas a maioria das vezes por vírus, sendo transmitida de criança para criança principalmente em creches. Podem levar a febre e a dificuldade de se alimentar. O pediatra deve ser consultado se houver febre.

## AS DOENÇAS DA BOCA

### Mau hálito (halitose)

O mau hálito, o hálito fétido, é possível nas crianças, e tem comumente as seguintes causas:

**a)** Dentes mal conservados, abertos, com fermentação das substâncias alimentares neles retidas.

**b)** Amígdalas ou adenoides (carnes da garganta e do nariz) infectadas, com formação de pus ou catarro crônico; sinusite.

**c)** Mau hálito no decurso de moléstias graves, infecciosas, como estomatite, bronquite, bronquite pútrida, gangrena pulmonar e desidratação. A possibilidade da introdução de um corpo estranho na cavidade nasal deverá ser considerada. Os casos de esofagite crônica e por cândida (sapinho) deverão ser lembrados.

## Aftas

São ulcerações de tamanho variado, eminentemente doloridas, localizadas nas paredes internas da mucosa que reveste a cavidade bucal. Suas causas são diversas, entre as quais podemos destacar alergia, distúrbios gástricos, infecções por vírus ou bactérias e o traumatismo provocado por brinquedos, escova de dentes, dentes quebrados ou cariados, alteração do sistema neurovegetativo e estados emocionais prolongados. Deve-se combater a dor, a acidez bucal e a infecção. Usa-se também uma solução anestésica local, como a solução oleosa de xilocaína a 2%, três vezes ao dia, antes das refeições. Elas se curam entre sete e quinze dias sem deixar marcas.

## Estomatite (herpética)

A inflamação da mucosa que recobre a boca denomina-se estomatite. A forma mais frequente em crianças de um a três anos de idade é a estomatite ulcerosa, estomatite catarral, e seu nome técnico é gengivo-estomatite herpética aguda. É uma doença infecciosa, provocada por vírus (*herpesvirus hominis*). É aguda, dolorida, com temperatura elevada, de evolução relativamente demorada, levando de sete a doze dias. Maltrata muito a criança, impedindo-a de se alimentar. Com hálito malcheiroso, apresenta gânglios hipertrofiados (ínguas) no pescoço, além do aspecto desagradável quando atinge os lábios. As gengivas se mostram inchadas, sangrando com facilidade.

Não há medicação própria. A administração de antibióticos não está indicada, somente se houver infecção secundária, e assim mesmo deverão ser aplicados por injeção e não por via oral. Há medicação sintomática, sedativos para aliviar a dor, aspirina e antitérmicos para baixar a febre. A alimentação é um problema; deverão ser dados líquidos mornos e nutritivos (de preferência gelados), isto é, concentrados. Leite condensado, sorvetes,

caldo de carne com gema e cereais ou sopas em conserva, sucos de frutas não ácidas, maçã, pera, mamão. No caso de a criança não suportar a alimentação por via oral — absolutamente nada, nem água — na fase aguda, deverá ser aplicada hidratação venosa (soro). A hidratação facilita a cura, diminuindo sensivelmente a doença, evitando que as mucosas ressecadas piorem o quadro clínico.

## AS DOENÇAS DO ESTÔMAGO

### Vômitos

Os vômitos são tão frequentes na infância que só preocupam os pais quando se repetem no mesmo dia, quando se tornam crônicos ou no caso de deixarem a criança "caidinha". Não confunda os vômitos com as regurgitações. Vômito é a saída forçada do conteúdo do estômago pela boca. A regurgitação, mais comumente vista em bebês e em crianças com menos de um ano de idade, é a saída espontânea do conteúdo do estômago pela boca, frequentemente com arrotos. No recém-nascido, as

causas mais frequentes são a superalimentação e o refluxo gastroesofágico. No caso de persistirem, poderão ter causas mais graves, como acometimento cerebral, devido a partos difíceis, demorados ou cirúrgicos. A possibilidade de problemas no aparelho digestivo, de origem mecânico-obstrutiva, deverá ser admitida com urgência.

No lactente, de um mês a dois anos, as causas mais prováveis são doenças infecciosas agudas, do tipo denominado, de modo genérico, de gripais. São as rinofaringites, bronquites etc. Em segundo lugar, as doenças gastrointestinais, devido à ingestão de alimentos inadequados, malpreparados ou em grande quantidade. A dengue deve sempre ser lembrada. As infecções por vírus, cujo tipo nem sempre é possível identificar, poderão se manifestar com febre e vômitos incoercíveis, exigindo hidratação. As de causa mecânica, como estenose do piloro e invaginação intestinal ("nó nas tripas" e obstrução por vermes, sobretudo lombrigas), manifestam-se sempre com violência, exigindo a presença do médico. Os vômitos nervosos, emocionais, são frequentes em crianças com distúrbios de comportamento, filhos de pais nervosos e vivendo em lares desorganizados. Os vômitos de viagem, em crianças que enjoam quando andam de

automóvel, são manifestações de desequilíbrio neurovegetativo, comum em pessoas alérgicas, e costumam desaparecer com o tempo. A administração de remédios em gotas para vômito, por via oral, antes de começar a viagem, poderá evitar náuseas.

De modo geral, o que interessa aos pais é a condição de saúde em que se encontra a criança que vomita. Se estiver alegre, sem febre, sem dores e sem abatimento, foram vômitos ocasionais, sem maiores consequências. Porém, se vierem acompanhados dos sintomas citados com repetição, o socorro médico será indispensável.

## Gastrite

É a inflamação da mucosa que reveste o estômago. Poderá ser provocada pelo *Helicobacter pylori*, que é a mesma bactéria (micróbio) recentemente admitida como responsável pela úlcera do estômago nos adultos, que cede com medicação apropriada. Geralmente é dolorida e de evolução demorada. Além da dor, poderá provocar, na sua fase aguda, distensão abdominal, com vômitos contendo bile ou sangue. Na sua forma crônica, as eructações fétidas

(arrotos) são o sintoma provável. O tratamento dependerá da causa. Dieta leve, sem frituras e de fácil digestão, sedativos, antiespasmódicos e líquidos espessos ou pós para proteção da mucosa do estômago são úteis. Não dê chá ou café. As infecções, especialmente as causadas pelo *Helicobacter pylori*, são de comprovação diagnóstica obrigatória e deverão ser tratadas com antibióticos e antiácidos, sob supervisão de um gastroenterologista infantil. A gastrite não é tão comum na infância como na fase adulta, sendo na criança mais comumente associada a crianças com doenças crônicas em uso de inúmeros medicamentos, como corticoides.

## AS DOENÇAS DOS INTESTINOS

### Diarreia

É definida como um aumento na frequência, no volume ou na diminuição da consistência das fezes. A diarreia aguda é uma emergência. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, deverá ser considerada diarreia a presença de três ou mais

evacuações de fezes moles ou líquidas, no prazo de doze horas, ou uma única evacuação de fezes moles ou líquidas, contendo sangue, muco ou pus.

**As causas mais prováveis são as seguintes:**

**a)** Infecções intestinais (gastroenterites) causadas por bactérias ou vírus.

**b)** Infestações por protozoários ou vermes.

**c)** Reações colaterais de infecções gerais, gripe, otite, pneumonia, amigdalites etc.

**d)** Erro no preparo dos alimentos (mal cozidos ou com excesso de açúcar ou farinha).

**e)** Alimentos deteriorados (estragados).

**f)** Superalimentação, por excesso de volume ou intervalos pequenos.

**g)** Calor excessivo.

**h)** Alergia a alguns alimentos.

**i)** Uso de antibióticos, principalmente por via oral.

De modo geral, quanto menor o bebê, mais grave a diarreia. O médico deverá ser sempre informado. A diarreia com desidratação quase sempre é devida ao primeiro item, isto é, infecção intestinal, devido ao hábito de os bebês levarem à boca tudo o que estiver

ao seu alcance, como objetos, brinquedos, chupetas caídas no chão.

**Tratamento (hidratação).** O tratamento tem por finalidade corrigir a desidratação e evitar a desnutrição. De início, faça uma pausa alimentar até que a criança se hidrate, de acordo com a gravidade dos sintomas e a orientação médica. As crianças em uso de leite materno não deverão suspender esta alimentação. A hidratação prolongada com pausa alimentar, em bebê de poucos meses ou crianças já desnutridas, poderá levar rapidamente à desnutrição, o que é perigoso. Deverá ser tentada a hidratação oral, com soro hidratante que apresenta formulação muito simples, distribuído pelo Ministério da Saúde em pacotinhos aluminizados, estando disponível nas farmácias. Prepara-se o soro diluindo-se o pacotinho em 1 litro de água, de preferência filtrada e fervida. Na sua falta, pode-se usar o soro caseiro:

- 1 litro de água potável filtrada e fervida
- 1 colher (de café, cheia) de sal de cozinha

- 2 colheres (de sopa) de açúcar comum
- Gotas de limão (a gosto)

Como o soro caseiro não contém potássio, é importante que a criança receba logo que possível alimentos que contenham este sal mineral (banana, maçã, leite, cenoura).

O soro deverá ser dado, com a criança ao colo, em um intervalo de aproximadamente quatro horas, às colheradas, mesmo nas alimentadas exclusivamente ao peito. A dose total a ser administrada nas quatro horas é de um volume igual ao peso em quilogramas multiplicado por 100 (ou acrescido de dois zeros). Por exemplo: um lactente de sete quilos deverá receber 700ml do soro da Organização Mundial da Saúde, ou caseiro, em quatro horas, dado às colheradas.

Se a criança iniciar um quadro de diarreia e vômitos, recomenda-se administrar imediatamente o soro, em pequena quantidade, em intervalos de cinco minutos. Atualmente existem alguns soros com sabores como, morango e laranja, que são de mais fácil aceitação para algumas crianças.

A administração de antibióticos e medicamentos antiespasmódicos contra cólicas e vômitos deverá ser orientada sempre que possível pelo médico.

As drogas para combater os vômitos (metoclopramida ou metopizamina), bem como as gotas antiespasmódicas contra as cólicas, não são, em geral, necessárias, sendo os antiespasmódicos até prejudiciais, pois impedem o movimento ativo dos intestinos, eliminando os vírus ou bactérias causadoras da diarreia. Essas drogas poderão provocar distensão abdominal ou sono na criança, que terá então dificuldade maior para tomar o soro ou se alimentar.

Os remédios para combater a febre (aspirina, dipirona ou acetominofen) só deverão ser usados se a febre for elevada, pois poderão provocar irritação nas mucosas do estômago e complicar a situação.

Medicamentos contra a diarreia não são recomendados, a não ser excepcionalmente, sob orientação do pediatra. Podem ser usadas medicações antiparasitárias como a nitazoxanida (Annita). Outros medicamentos, como Floratil, têm mostrado eficiência na melhora da diarreia.

## HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA

Se a criança tomar o soro e não melhorar, não ganhar peso e cerca de quatro horas depois estiver na mesma situação, então deverá ser feita a hidratação endovenosa. Esta é indicada nos seguintes casos:

**a)** Desidratação muito grave, principalmente se houver estado de consciência alterado (coma) ou convulsões.

**b)** Estado geral grave, com a criança apresentando intoxicação ou infecção grave (septicemia).

**c)** Falta de melhora clínica e de ganho de peso após quatros horas de hidratação oral.

**d)** Vômitos incontroláveis, que não melhoram com a administração de soro. Observe que, na maioria dos casos, os vômitos vão diminuindo ou desaparecendo à medida que a criança toma o soro.

**e)** Impossibilidade de tomar o soro, por fraqueza ou dor à deglutição (otite, inflamação no ouvido).

## A EVOLUCÃO DA DIARREIA

Deverá ser explicado à mãe que a diarreia continuará presente ainda durante alguns dias. O importante é que a criança não se desidrate, nem se desnutra. Dá-se, então, a alimentação normal da criança e administra-se soro toda vez que ela evacuar: aproximadamente 50ml (uma chuca) para crianças bem pequenas e 100ml a 150ml (duas ou três chucas) para crianças maiores. Pode-se dar mais se a criança quiser. Se ela não quiser, não force.

Três a sete dias depois, a diarreia deverá ter passado. Na convalescença, normalmente aumenta o apetite da criança, pois ela desejará recuperar o que perdeu ou deixou de ganhar durante sua doença.

Se, na realimentação, ficar evidente uma grande intolerância ao leite de vaca, estará indicado o leite de soja, sob orientação médica.

Crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno raramente sofrem infecções intestinais. Quando isto ocorre, geralmente é porque a mãe decidiu acrescentar chá, água de arroz etc. à alimentação.

A alimentação ao peito jamais deverá ser suprimida na criança com gastroenterite, principalmente se ela estiver desidratada. Continue com o leite materno e acrescente o soro. A pausa para a aplicação de soro,

indicada para crianças que tomam mamadeira e que estão desidratadas, não se aplica no caso do aleitamento materno. O soro para a criança que mama ao peito deverá ser oferecido em colherinhas sempre que possível.

## Colite

Termo bastante popular, consiste na inflamação da parte final dos intestinos, o colo, justamente a parte mais grossa, onde as fezes se acumulam para serem evacuadas. Sua inflamação é mais benigna, silenciosa e menos perigosa do que a do intestino delgado (enterite). Algumas crianças, assim como os adultos, têm a possibilidade de apresentá-la em caráter periódico. Existe evidente tendência familiar. Clinicamente, manifesta-se por cólicas que mais incomodam do que doem, por evacuações insuficientes ou mais frequentes. Suas causas são diversas: infecções por bacilos disentéricos, salmonelas, coliformes, verminoses, alergia que provoca catarro e muco, pólipos e deficiência de sucos digestivos.

## O tratamento dependerá da causa

Entretanto, uma dieta adequada, prescrita pelo médico ou pelos pais, poderá ajudar. Algumas crianças, bem como adultos, são vítimas de crises de colite com fezes líquidas, no verão ou durante viagens (são as chamadas "diarreias dos viajantes", "dos turistas" e "diarreias de verão"). O tratamento é o mesmo da diarreia aguda.

# DIARREIAS CRÔNICAS

As diarreias agudas, graves, as benignas e as periódicas (colites) já foram analisadas. A diarreia crônica é um problema sério na criança, considerando suas prováveis consequências, como a interrupção do crescimento e as dificuldades de ganhar peso, acompanhadas de irritabilidade, flacidez, palidez e predisposição às doenças do aparelho respiratório, e também, nos casos demorados, o comprometimento da inteligência. O diagnóstico e o tratamento imediato adequados se impõem para atenuar ou evitar essas consequências. As principais causas da

diarreia crônica durante a infância são:

## Doença celíaca

É uma desordem intestinal caracterizada por fezes volumosas e gordurosas, em que a criança se apresenta barriguda, pálida, e para de crescer e engordar. É causada pelo glúten, a proteína do trigo e das farinhas de aveia, cevada e centeio, usada na fabricação de pães, bolos, biscoitos etc. O diagnóstico é feito com facilidade, e o tratamento compõe-se de uma dieta sem trigo, aveia, cevada e centeio.

## Fibrose cística do pâncreas (mucoviscidose)

É uma doença congênita e hereditária, que altera as secreções de algumas glândulas, principalmente as relacionadas aos pulmões e ao pâncreas. A criança poderá apresentar tosse crônica, pneumonias repetidas, perda de sódio pelo suor (que poderá ser percebido quando se beija a criança), diarreia e deficiência de peso e altura. É uma doença rara em crianças afrodescendentes. O tratamento apropriado

melhora sua sobrevida.

## Intolerância ao leite de vaca

A alergia às proteínas do leite não é tão frequente quanto se pensa. Sua incidência oscila entre 2% e 10%. Parece que o recém-nascido é mais suscetível que a criança de mais idade. Alguns médicos admitem que os processos infecciosos intestinais predispõem à intolerância ao leite de vaca nos primeiros meses de vida do bebê, principalmente às infecções intestinais. O processo é consequente à maior fragilidade da barreira intestinal (mucosa), permitindo a assimilação das proteínas, ainda não convenientemente digeridas, e estimulando a produção de anticorpos do sangue, acarretando manifestações alérgicas. Neste caso, a solução é administrar fórmula de soja como o Nansoy em maiores de seis meses ou fórmulas extensamente hidrolisadas como o Pregomin Danone), Alergomed (CMW Saúde), Althera e Alfaré (Nestlé®) e em casos mais graves fórmulas elementares como Neocate (Danone), Aminomed e Alfamino (Nestlé®).

## Infestação de parasitas nos intestinos

Principalmente pela giárdia e por estrongiloides. Estes parasitas invadem as mucosas dos intestinos, prejudicando a assimilação das proteínas. Deverão ter tratamento apropriado.

# PRISÃO DE VENTRE (CONSTIPAÇÃO)

Entende-se por constipação a ausência de evacuação diária ou então a eliminação de fezes duras, em pequena quantidade e ressequidas, eliminadas com dor. A evacuação diária de fezes macias, e em coluna, não pode ser considerada prisão de ventre.

As causas são, normalmente:

**a)** Subalimentação ou falta de líquido na alimentação.

**b)** Dietas com excesso de leite, carne e ausência de legumes, verduras e frutas.

**c)** Evacuação dolorida provocada por pólipo, hemorroida, fissura no ânus ou bolo fecal volumoso (obstipação de defesa).

**d)** Nervosismo, grande tensão emocional.

**e)** Em crianças entre um e dois anos, medo do sanitário grande, ou, então, experiência desastrosa pregressa, caindo ou escorregando do vaso pequeno.

**f)** Causas anatômicas, intestino muito grosso ou dobrado.

**Tratamento da prisão de ventre.** Para o tratamento da prisão de ventre, em primeiro lugar deverá ser considerada a idade da criança (recém-nascido, bebê nos primeiros dois anos de vida, de dois a seis anos, em idade pré-escolar e de sete anos em diante, em idade escolar). Mas, de modo geral, podemos dizer que o tratamento consiste em cinco princípios fundamentais:

**1)** Dietético. Prescrevendo alimentos que a impeçam e que não provoquem a prisão de ventre. Assim, deminua banana, cenoura, maçã sem casca (porque a casca é laxante) e goiabada. Alimementos gordurosos devem ser evitados. Dê aqueles que "soltam" os intestinos (legumes, folhas verdes, alface, couve, bertalha, espinafre, caruru). Dê também frutas frescas (como mamão e laranja), fazendo a criança comer o bagaço, e frutas em compota (sobretudo pera e

pêssego).

**2)** Medidas de ordem psíquica. Considerando ser a criança nervosa ou educação rigorosa no treino dos hábitos higiênicos, filhos de pais neuróticos, psicólogos deverão ser consultado.

**3)** Supositórios de glicerina. Simples para bebês e crianças pequenas, podem ser usados, de preferência, nos dois primeiros anos de vida. Não os use mais tarde, como rotina, por problemas que todos podem compreender, isto é, chamar a atenção da criança para a manobras que envolvem o esfíncter anal. Devem ser aplicadas com prescrição médica.

**4)** Medicamentos laxativos. Deverão ser administrados apenas com prescrição médica e em casos em que a alimentação e o apoio psicológico não forem satisfatórios.

**5)** Água. Não há constipação que resista a uma super-hidratação oral. Dois a quatro litros de líquido por via oral, de acordo com a idade da criança, resolvem o problema das fezes secas.

## Megacolo

Sua característica é a de terrível prisão de ventre, durando dias, acompanhada de grande distensão abdominal. É uma doença mais frequente nos meninos do que nas meninas, prejudicando o crescimento. Sua causa reside na dilatação exagerada e congênita dos segmentos finais do intestino grosso (colo), por falta da inervação dos segmentos distais, criando uma área de estreitamento. É grave, criando uma série de problemas psicológicos, não só para o paciente como para toda a família, pois cada evacuação poderá demorar de seis a oito dias, e, quando se processa, é um verdadeiro drama. O diagnóstico é confirmado por raios X. O prognóstico é reservado e em alguns conseguem-se soluções clínicas. O tratamento é médico, porém a possibilidade de intervenção cirúrgica deverá ser examinada e, em alguns casos, a cura é completa.

## Dor de barriga

Manifestações dolorosas localizadas no abdome, fortes ou brandas, permanentes, transitórias ou periódicas, são frequentes na infância. De modo geral,

podemos afirmar que toda dor de barriga que dura mais de duas horas pede a presença do clínico. Se depois de seis horas após os cuidados clínicos ainda perdurar, será necessária a presença do cirurgião. As causas das dores de barriga são inúmeras. Podemos resumi-las nos seguintes grupos:

**a)** Gases.

**b)** Inflamações.

**c)** Nervosismo.

**d)** Consequência de traumatismos anteriores.

**e)** Estrangulamento do intestino (torções).

**f)** Congestão das vísceras (fígado, baço).

**g)** Verminoses e protozooses (giárdias, ameba etc.).

Do ponto de vista médico, são classificadas em emergências abdominais clínicas ou cirúrgicas, quando são dolorosas ou quando comprometem o estado geral. O diagnóstico diferencial exigirá grande perícia e conhecimento do médico. Sendo caso clínico, sedativos, antiespasmódicos ou antibióticos resolvem, mas, sendo cirúrgico, restará somente a intervenção cirúrgica. A situação é de tal gravidade que a falta da intervenção poderá custar a vida do doente.

Vale ressaltar que na maioria das vezes a dor

abdominal não requer intervenção cirúrgica.

## Invaginação intestinal

Esta doença consiste na introdução de uma parte do intestino por dentro da outra; é a intromissão de um segmento do intestino na porção distal adjacente. É mais frequente entre os quatro e os sete meses de idade, mais nos meninos do que nas meninas, sobretudo em bebês vítimas de terríveis cólicas nos seus primeiros meses de vida. Sua manifestação clínica é dramática e repentina: dores abdominais, vômitos, palidez, transpiração, gritos e evacuação sanguinolenta e com muco. Esses sintomas tornam a se manifestar após um período de relativa tranquilidade. A presença do médico é indispensável. O exame processado pelo cirurgião e os raios X, com o uso de contraste (bário) e a ultrassonografia, completam o diagnóstico. O tratamento é clínico ou cirúrgico. Existe sempre a possibilidade de se resolver durante a aplicação de clister de bário em alguns casos, ou mesmo espontaneamente.

## Apendicite

A inflamação do apêndice é mais frequente na idade escolar, ela poderá ser observada excepcionalmente nos dois primeiros anos de vida, porém é rara. De modo geral, a ordem do aparecimento dos sintomas é muito importante. O primeiro sintoma é a dor, espontânea ou por apalpação, e o local da dor varia muito: estômago, umbigo ou sobre o apêndice (lado direito do abdome). O segundo sintoma são as náuseas e os vômitos. O terceiro, a sensibilidade exagerada da pele na região do apêndice. O quarto, a febre, que é discreta ou alta. O que os pais deverão fazer antes da chegada do médico é colocar a criança em repouso, tendo uma bolsa de gelo sobre a barriga. Nunca, nunca mesmo, deverão ser dados purgantes ou laxantes, e também devem ser evitados os sedativos ou antiespasmódicos (codeína, beladona), porque a administração dessas drogas dificulta o exame clínico, diminuindo os sintomas e não permitindo ao médico o diagnóstico seguro com as providências imediatas que, muitas vezes, são indispensáveis. Outras moléstias que podem simular apendicite são a pneumonia (faça sempre a radiografia dos pulmões), infecção intestinal, invaginação intestinal (explicado acima) (“nó nas tripas”) e infecção urinária.

## Hérnia umbilical

É mais frequente nos prematuros e nos bebês que nasceram com pouco peso, síndrome de Down e casos de deficiência da tireoide. Admite-se ser de tendência hereditária. É percebida mais durante o choro, não incomodando a criança e desaparecendo facilmente pela pressão suave dos dedos. O tratamento dependerá do seu volume. Desaparece espontaneamente, na maioria das vezes entre os dois e os três anos. Se permanecer além dos quatro, e, no máximo, dos seis anos, deverá ser operada.

## Hérnia inguinal

Ocorre comumente em 5% dos bebês. Sua localização difere do local da hérnia umbilical; apresenta-se geralmente na virilha (região inguinal). É mais frequente nos meninos do que nas meninas, aparecendo mais do lado direito do que do esquerdo; a hérnia dupla é rara. É quase sempre congênita, raras vezes adquirida. As hérnias inguinais deverão ser operadas o mais cedo possível, caso as condições da criança permitam. A hérnia que se insinua nos testículos (bolsa escrotal), diagnosticada na primeira

semana de vida ou no primeiro mês, deverá ter o mesmo tratamento. A colocação de fundas está abandonada. A possibilidade de estrangulamento estará sempre presente. A criança suporta muito bem a cirurgia, que se denomina herniorrafia, apresentando-se bem 24 horas depois, e a alta hospitalar poderá ser dada de acordo com o caso e a decisão do cirurgião.

## Hérnia inguinal encarcerada

É o caso de uma hérnia localizada na virilha ou no saco escrotal não voltar para a cavidade abdominal quando submetida a manobras suaves pelos dedos. A hérnia não está estrangulada, ela incomoda mais do que dói, e o bebê pode se apresentar manhoso ou inquieto. Apenas a hérnia está encarcerada em lugar impróprio, devido a uma dilatação provocada por gases em local cujo orifício, por sua exiguidade, não permitir sua redução. Se este fato perdurar mais de doze horas, não sendo possível removê-la pelos processos manuais habituais, a criança deverá ser levada ao médico.

## Hérnia estrangulada

A hérnia inguinal é muito mais frequente no sexo masculino e o seu estrangulamento ocorre na frequência de um caso para quinhentas crianças herniadas. O estrangulamento completo é observado mais frequentemente no primeiro ano de vida, e os prematuros são os mais predispostos. Instala-se de maneira repentina e dá-se a conhecer antes de tudo por fazer a criança dar gritos violentos. Mais tarde sobrevêm vômitos e abaulamento do abdome, que são sinais de obstrução, o bebê se mostra inquieto e apavorado, e os pais percebem logo que ele está em perigo. O local da hérnia não se apresenta inflamado (quente e vermelho); apresenta um edema (inchação) local. A intervenção cirúrgica é a solução imediata, a tentativa de reduzir (desfazer) a hérnia com o auxílio dos dedos está fadada ao fracasso.

## Hérnia epigástrica

Ocorre no meio da linha que liga o umbigo à extremidade inferior da parte média do tórax (osso esterno). Não é comum; é uma saliência que se mostra nesta linha, geralmente indolor e sem cor, e

que cede facilmente sob a pressão da ponta do dedo. Alguns pais a confundem com a hérnia umbilical, quando, na verdade, se apresenta muito acima da cicatriz umbilical. Somente a correção cirúrgica resolverá a situação, cuja intervenção ficará a critério do médico quanto à necessidade ou a ocasião de procedê-la.

## Hérnia diafragmática

O diafragma é um músculo que separa o tórax do abdome, sendo responsável pela respiração. O bebê pode nascer com um defeito neste músculo, permitindo aos intestinos e ao estômago penetrarem no peito, comprimindo o coração, as artérias e os pulmões, dificultando a respiração.

A hérnia diafragmática é uma emergência cirúrgica no berçário nos casos graves. Apesar de a cirurgia infantil atual ter alcançado um alto nível de perfeição, este tipo de intervenção poderá ter resultados desfavoráveis, embora o diagnóstico tenha sido feito logo e a intervenção cirúrgica tenha sido perfeita. Existem casos benignos em que a hérnia diafragmática é discreta, não incomodando o bebê, e ela só será diagnosticada mais tarde, no decurso de

qualquer investigação radiológica.

## Fissura anal

Consiste em uma ulceração das pregas do ânus, provocada por clisteres, oxiúros, alergia ou fezes duras. A defecação dolorida, acompanhada de estrias de sangue vivo, acarreta como defesa da criança a prisão de ventre. O tratamento consiste em amolecer as fezes e proteger o ânus com uma pomada anestésica ligeiramente antisséptica. Não use papel.

## Prurido anal

É a coceira no ânus, às vezes tão violenta a ponto de sangrar. É provocada geralmente por oxiúros, alergia, falta de higiene e limpeza local, fraldas molhadas, tecidos sintéticos etc. O tratamento dependerá da causa, procurando-se remover os fatores determinantes da coceira. Deve-se sempre tratar a possibilidade de oxiúros com antiparasitários como o mebendazol (Pantelmin, Panfugam), albendazol ou Annita. O tratamento deverá ser estendido a toda a família, pois o oxiúro é contagioso.

## Expulsão do reto

Popularmente denominada de "pôr a via para fora", e pelos médicos de prolapso retal, é o ato de expulsão da parte final do intestino quando a criança vai evacuar. É mais frequente entre dois e os quatro anos de idade, com tendência à cura espontânea.

As causas são, em primeiro lugar, predisposição anatômica de algumas crianças; em segundo, algumas verminoses (tricuríase), o hábito de evacuar de cócoras (sertanejo). Por último, doenças que acarretam certo grau de desnutrição, como o raquitismo, a anemia, doenças que se caracterizam por diarreia crônica, todas que provocam diminuição do tono (força) muscular. A redução, isto é, a correção, deverá ser feita com o auxílio de compressas mornas; as frias estão contraindicadas. Um método simples de correção é o de cobrir o dedo indicador com papel higiênico e introduzi-lo no centro (orifício) da parte exposta, empurrando-o suavemente e retirando-o repentinamente. Assim, o papel higiênico aderirá à mucosa do intestino, permitindo que o dedo fique livre para ser retirado. O papel umedecido será expulso mais tarde. Naturalmente deve-se proceder antes a uma limpeza

feita com algodão embebido em água fervida e morna e sabão. Nos casos rebeldes, a colocação de esparadrapo, unindo as nádegas por algum tempo, é indicada. Outros cuidados deverão ser tomados, como o de evitar a prisão de ventre; administrar vitaminas, sobretudo A e D; oferecer dieta rica em proteínas. Examine cuidadosamente para verificar se há pólipos ou tendência a hemorroidas, trate as verminoses e evite, com todos os recursos possíveis, a diarreia. O tratamento cirúrgico estará indicado no caso de o tratamento clínico não ter tido sucesso.

## Hemorragia gastrointestinal (evacuação com sangue vivo ou digerido)

A hemorragia retal na criança poderá ter várias causas, algumas benignas e outras graves. Ocorrendo perda de sangue através do ânus, a causa deverá ser investigada para se estabelecer o tratamento adequado. As seguintes perguntas deverão ser respondidas pelos pais:

**a)** Há quanto tempo ocorre hemorragia?

**b)** Qual é a cor do sangue eliminado?

**c)** Qual é a quantidade de sangue eliminado?

**d)** O sangue eliminado vem misturado com as fezes ou apenas as recobre?

**e)** Há vômitos concomitantes?

**f)** A criança, além da eliminação sanguínea, apresenta outros sintomas?

As causas mais frequentes de sangue vivo (hematoquezia) nas fezes são fissura (rachadura) anal, fístula anal, prolapso retal, hemorroidas, pólipos (caroços pediculados), hemangioma, colite infecciosa, púrpura, doença hemorrágica do recém-nascido, corpo estranho engolido e invaginação intestinal. As causas mais frequentes de sangramento digerido (melena) são sangue deglutido, varizes esofágicas, úlcera gastroduodenal (sempre com vômitos com sangue), divertículos, duplicações intestinais e esofagite.

## VERMINOSES

O problema dos vermes intestinais constitui capítulo antigo da medicina infantil. No passado, era o diagnóstico mais frequente, pois por tudo que acometia a criança os responsáveis eram os vermes.

Com a evolução e o progresso científicos, eles foram colocados em seu lugar exato. Alguns vermes são mais prejudiciais do que outros e, quando em grande número, podem provocar obstrução nos intestinos, como acontece com as lombrigas. A célebre história das convulsões provocadas por vermes está desacreditada atualmente, porque, na verdade, as convulsões são desencadeadas pela febre, ocasião em que os vermes são também expelidos, porque suportam mal as temperaturas elevadas do organismo. Os pais, impressionados pela presença dos vermes, atribuem-lhes a causa da convulsão, quando na verdade estes são igualmente vítimas da temperatura alta, bem como o organismo infantil. Não há dúvida de que, se não provocam convulsões, eles são responsáveis por anemias, diarreias, vômitos, desnutrição etc. Sua eliminação torna-se necessária. Por que as crianças sofrem de verminose com tanta facilidade? Para responder a isto é suficiente considerar a frequência das fontes de contaminação, todas fáceis de atingir a criança. Isso será analisado posteriormente.

## Contaminação pela boca

**a)** Alimentos não lavados ou crus ou mal cozidos: *frutas e legumes* — acarretam principalmente áscaris (lombrigas), trichuris, giárdia, ameba; *carne de vaca* — *Taenia saginata*, toxoplasma; *carne de porco* — *Taenia solium*, toxoplasma, trichinela. As tênias são conhecidas pelo nome de solitárias. Qualquer carne crua ou mal cozida pode causar toxoplasmose.

**b)** Terra contaminada: acarreta principalmente áscaris, trichuris, ameba, giárdia.

**c)** Contato com animais domésticos: *cachorros e gatos* — as fezes destes animais transmitem *Toxocara canis* e *Toxocara catis*, que acarretam a larva *migrans* visceral. Os gatos são os principais transmissores da toxoplasmose. Os cistos de toxoplasma são eliminados nas fezes e os outros animais e o homem se contaminam ao ingerir estes cistos.

**d)** Água: é o maior meio de transmissão da ameba e da giárdia.

**e)** Pessoa para pessoa: é o círculo pessoa-ânus-dedo-boca-roupa. Acarreta o *Enterobius*, conhecido popularmente por oxiúro, além de giárdia, ameba, estrongiloides.

## Contaminação pela pele

**a)** Terra ou areia contaminada: acarreta estrongiloidose, provocada pelo verme estrongiloide, ancilostomose, provocada pelo necátor, pelo ancilóstomo e pela larva *migrans* cutânea (dermatite serpiginosa, "bicho geográfico" ou "bicho de praia"), provocada pelas larvas de vermes de cães e gatos (*Ancylostoma caninum* e *Ancylostoma brasiliensis*).

**b)** Água parada de lagoas: acarreta esquistossomose, provocada pelo esquistossoma.

**c)** Mosquitos: acarretam a filariose (ou calazar). Moscas, baratas e outros insetos contribuem para a disseminação das parasitoses, pois transportam larvas, ovos etc. de um local contaminado para outro.

## Como evitar as verminoses

**a)** Conserve as unhas cortadas rentes e limpas.

**b)** Mantenha os brinquedos que a criança leva à boca bem limpos.

**c)** Só consuma água filtrada ou fervida.

**d)** Use xícaras, pratos, copos e talheres somente bem lavados.

**e)** As verduras deverão ser bem lavadas e

mergulhadas de dez a quinze minutos em água com cloro.

**f)** Não dê raízes cruas (cenouras), nem frutas e legumes com casca sem serem lavadas.

**g)** As carnes deverão ser bem cozidas.

**h)** Hábitos de chupar o dedo ou roer unhas deverão ser controlados, quando for possível.

**i)** Evite deixar a criança brincar com terra, principalmente em lugares sem rede de esgotos.

**j)** Mantenha rigorosa higiene após ir ao banheiro, não só do local como das mãos, lavadas e escovadas.

**k)** Combata moscas, mosquitos, baratas etc.

O tratamento das parasitoses é feito hoje com grande simplicidade e segurança, graças a novos medicamentos, fáceis de administrar, bem tolerados e eficazes contra a maioria dos parasitas.

Não há, assim, necessidade de cuidados especiais para o tratamento das parasitoses habituais, como áscaris (lombriga), oxiúros, trichuris, necátor (amarelão), tênia (solitária) etc. Uma exceção é a esquistossomose, cujo tratamento ainda apresenta alguns problemas, devendo sempre ser feito sob orientação médica.

O diagnóstico e o controle do tratamento deverão

ser feitos a partir do exame de fezes. O exame de fezes não é perfeito, sempre há uma margem de erros. Isto, entretanto, poderá ser reduzido ao mínimo, fazendo-se ao mesmo tempo o teste de duas maneiras diferentes, incluindo uma pesquisa de ovos no ânus. Os exames deverão ser os seguintes:

**1)** Um exame de fezes, parasitológico, pelo método de coleta denominado MIF. As fezes são coletadas durante três dias e colocadas em um frasco fornecido pelo laboratório, contendo a mistura MIF (M, de mertiolate; I, de iodo e F, de formol). Este método é o mais indicado para a maioria das parasitoses.

**2)** Um exame de fezes frescas, pelo método de Baermann Moraes. Coletam-se as fezes, que deverão ser levadas imediatamente ao laboratório. Este processo visa à pesquisa de larvas de estrongiloides que não possam ser diagnosticadas pelo método anterior.

**3)** Uma pesquisa de ovos de oxiúros na região perianal. Os ovos de oxiúros raramente aparecem nos exames de fezes, pois estes ficam colados na pele ao redor do ânus, onde provocam coceira, geralmente durante a noite. O método consiste em passar a parte colante de uma fita apropriada ao redor do ânus, pela manhã, bem cedo, antes de a criança se levantar, sem

ter tomado banho ou qualquer higiene prévia. Coloca-se a fita dentro de um vidro ou frasco e leva-se para o laboratório. Os ovos de oxiúros, colados presos à parte gomada da fita, serão vistos ao exame microscópico.

Com estes três tipos de exames tem-se uma ótima probabilidade de diagnóstico das parasitoses, mas mesmo assim há erros. Desta maneira, quando houver sintomatologia sugestiva de parasitose, é válido fazer-se tratamento de prova, mesmo com exames negativos. Também é válido, em lugares desprovidos de recursos de laboratório, dar-se uma ou duas vezes por ano antiparasitários polivalentes destituídos de efeitos tóxicos (mebendazole, 100mg, 1 medida ou 1 comprimido duas vezes ao dia, durante três dias; mesma dose para criança e adultos). A orientação médica, entretanto, sempre será melhor.

Atualmente, pela grande quantidade de exames negativos, alguns pediatras fazem tratamento anualmente ou se houver sintomatologia, não realizando mais exames de fezes.

## Cuidados ao administrar um vermífugo

**1)** A criança deverá estar em perfeitas condições de saúde, sem febre, vômitos, diarreia ou urticária.

**2)** Na véspera da aplicação do vermífugo, a criança deverá estar sob dieta leve, sem frituras e gulodices. Deverá ser alimentada com legumes, massas, carne, tudo cozido em água e sal, e, como sobremesa, frutas frescas ou em compotas.

**3)** No dia da administração do vermífugo é prudente suspender qualquer medicação, principalmente sedativos ou tranquilizantes.

## Lombriga (*Ascaris lumbricoides*)

É um verme que pode ter o tamanho de um lápis. A fêmea chega a eliminar, por dia, 200 mil ovos, que saem com as fezes. A criança se infecta levando à boca alimentos e/ou objetos contaminados pelos ovos. Segundo estatísticas, na idade pré-escolar, em algumas regiões, 95% das crianças são infectadas. Os

sintomas dependerão do número de vermes, que poderão até obstruir os intestinos, com graves consequências. Os sintomas geralmente são vômitos, cólicas, enjoos, colite, diarreias, irritabilidade e urticária. Às vezes emigram para o fígado, o estômago ou os pulmões.

**Tratamento.** É feito com levamisol, sais de piperazina, mebendazole ou albendazol. O albendazol e o levamisol são dados em dose única, sendo uma grande vantagem. Os sais de piperazina deverão ser dados quando houver quadro obstrutivo (bolo de áscaris nos intestinos). Entretanto, na maioria dos casos deve-se preferir o mebendazole, pelo fato de ser um medicamento polivalente, isto é, capaz de eliminar também outros parasitas. O mebendazole é administrado na dose de 100mg (uma medida ou um comprimido), duas vezes ao dia, durante três dias. Este medicamento não é absorvido pelos intestinos, sendo, portanto, destituído de efeitos tóxicos para o paciente. A dosagem e a duração do tratamento são as mesmas para crianças e adultos. Não há necessidade de jejum ou uso concomitante de laxantes.

## Oxiúros (*Enterobius vermiculares*)

Pequenos, finos como uma linha, são os mais frequentes de todos. O ovos são depositados ao redor do ânus e a coceira que provocam contamina os dedos da criança. Só raramente é eliminado pelas fezes. Os sintomas mais comuns são perda de apetite e de sono. O sintoma mais evidente é a coceira, isto é, o prurido anal, presente em mais da metade dos casos. As demais manifestações são vagas e inespecíficas: falta de apetite, irritabilidade, cólicas ligeiras (que se repetem), insônia ou sono agitado. Nas meninas há possibilidades de ele migrar para a vagina, causando prurido intenso e, às vezes, dor ao urinar. A profilaxia da oxiuríase deverá ser feita com insistência, senão permanecerá por toda a infância. O vermífugo deverá ser dado às outras pessoas da casa, pois possivelmente também estarão infestadas. Cuidados a serem tomados:

**a)** Mantenha sempre as unhas da criança cortadas e escovadas, diariamente.

**b)** Faça-a usar pijamas de uma só peça, para evitar que a criança coce o ânus à noite.

**c)** Limpe frequentemente seus brinquedos. O uso do aspirador está indicado no quarto do bebê e nas salas

em que ele costume ficar.

**d)** As roupas de cama e pessoais deverão ser lavadas diariamente e fervidas.

**e)** Evite dar banho de banheira; o chuveiro é preferível.

**f)** Faça higiene local duas vezes por dia, com água e sabão. O tratamento é feito com o uso de mebendazole.

## Giárdia

A infestação pela giárdia está se mostrando cada vez mais frequente nas crianças durante a infância. Acredita-se que a urbanização, nos dias atuais, de cidades que se desenvolvem rapidamente seja um dos fatores responsáveis. A giardíase passou a ser igualmente tão frequente nas populações pobres como nas ricas das cidades dotadas de razoável saneamento. O confinamento passou a constituir o maior fator de disseminação do parasita, sobretudo nas comunidades infantis, como creches, colégios, grupos escolares, enfermarias. Nestes locais a contaminação de criança para criança se faz onde há maior contato, como em salas de brinquedos, de

refeições coletivas e nos pequenos quadrados onde as crianças trocam entre si suas infestações parasitárias. É provocada por um protozoário denominado *Giardia lamblia*, que vive no duodeno (parte alta do intestino, próximo ao estômago). Às vezes vive, durante anos, absolutamente inofensivo. Outras vezes pode provocar distúrbios intestinais e dores abdominais com surtos diarreicos. Pode perturbar a assimilação dos alimentos, enfraquecendo a criança, mesmo que ela coma bem. É transmitido por alimentos, água e moscas. Quando a infestação é maciça, pode prejudicar extraordinariamente a assimilação da criança, como já acentuamos, levando-a a um estado grave de desnutrição, podendo ser confundido com outros sintomas de problemas mais sérios e difíceis de debelar. O diagnóstico diferencial deverá ser feito com atenção.

O tratamento é feito através de medicamentos compostos de metronidazol ou furazolidona, administrados após as refeições, duas vezes ao dia durante cinco dias.

## Estrongiloides

Estes vermes causam a doença denominada

estrongiloidose. São vermes pequenos, com até dois milímetros, e uma vez localizados na parede dos intestinos, particularmente nas partes altas, perto do estômago, colocam ovos embrionados que se transformam em larvas. A via de penetração é a pele, assim como as mucosas do aparelho digestivo, boca, estômago e reto, parte final do intestino. As manifestações clínicas são mal-estar às refeições, dor de estômago, vômitos repetidos e surtos diarreicos (as fezes têm aspecto de alimentos mal digeridos, cheias de gordura), alternando com período de prisão de ventre. É rara antes dos dois anos, mas comum dos cinco em diante. As crianças nos países tropicais quentes e úmidos são as mais predispostas. A medicação deverá ficar a critério do médico. O medicamento indicado é o tiabendazol, bem tolerado e que deverá ser dado em dose única.

## *Necator americanus*

Denominado igualmente ancilóstomo duodenal, acarreta a doença conhecida por necatorose, ancilostomíase ou uncinariose. O verme é menor e mais fino do que o oxiúro, as larvas atacam através da pele, geralmente dos pés, em crianças que andam

descalças na terra úmida. São vermes perigosos, porque geralmente surgem em grande número, sugando progressiva e constantemente muito sangue, provocando anemia intensa. De modo geral os sintomas são os mesmos da anemia: pele e mucosa descoradas, desânimo físico e mental, abdome proeminente, falta de apetite e tendência a comer barro e terra. A pele toma coloração característica amarelo-terrosa, de onde provém a denominação de "amarelão". Os lábios e as orelhas ficam pálidos, e a língua, além da palidez, perde a formação das papilas, tomando o aspecto característico de língua de porcelana.

**Tratamento.** Poderão ser usados o tetracloretileno ou o mebemdazol, devendo ser dada preferência a este último, pois é mais bem tolerado e capaz de eliminar outros parasitas presentes. A dose do mebendazole é de 100mg (uma medida ou um comprimido), duas vezes ao dia, durante três ou quatro dias. Não há necessidade de usar laxativo ou fazer jejum. A anemia, quase sempre associada a esta verminose, deverá ser tratada com sais de ferro e por uma alimentação rica neste sal mineral (feijão e outras leguminosas, folhas verdes, carne — principalmente

fígado — e ovos).

## *Trichuris trichiura*

Também conhecido por tricocéfalo, provoca a tricurose ou tricocefalose. É extremamente comum na infância, geralmente acompanhada por *Ascaris* (lombrigas) e oxiúros. Quando a infestação é pequena, o trichuris é inofensivo, porém em grande número pode provocar colite, com eliminação de fezes com catarro, muco e sangue.

**Tratamento.** Não existe ainda um medicamento totalmente eficaz contra o tricocéfalo. O mebendazole, entretanto, embora muitas vezes não negative o exame de fezes, reduz muito o número de vermes, fazendo com que desapareçam os sintomas. A dose deverá ser de 100mg (uma medida ou um comprimido), duas vezes ao dia, durante quatro dias. É conveniente repetir o tratamento algumas semanas depois.

## Solitária (*Taenia*)

Existem três tipos: a *Taenia saginata*, transmitida pela carne de boi; a *Taenia solium*, pela carne de porco; e a *Himenoleps nana*, pelo cão, extremamente pequena, encontrada geralmente nas crianças. A *Taenia saginata* é a que atinge maior tamanho, podendo medir até cinco metros e ter 2 mil anéis. A *Taenia solium* possui, geralmente, dois ou três metros.

Os sintomas, de modo geral, são vagos: dores abdominais, periódicas e rápidas, e fome, sobretudo à noite. A nosso ver é este último o sintoma mais característico na infância, assim como náuseas e vômitos repentinos e sem motivo aparente. A eliminação dos anéis pelas fezes (proglótides), com aspecto de pevide de abóbora, é a confirmação da doença.

O tratamento deverá ser feito com o mebendazole, com o dobro da dose utilizada nas outras parasitoses. Emprega-se, então, na dose de 200mg (duas medidas ou dois comprimidos), duas vezes ao dia, durante três dias. Pode ser usado o praziquantel, em dose única de 200mg/kg.

## Esquistossomo

Provoca a esquistossomose (doença do caramujo), altamente difundida nos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais e Bahia. Os ovos, expelidos pelas fezes do infestado, rompem-se e soltam larvas que atacam caracóis (caramujos). A larva, depois de se desenvolver durante trinta dias, abandona-o e nada para atacar, através da pele, os mamíferos e o homem. Em quinze minutos atravessa a pele, provocando coceira intensa, e penetra as veias, indo se alojar, finalmente, nas veias dos intestinos e do fígado. Deverão ser evitados os banhos de rio, sobretudo em lagoas, durante sol alto, entre as dez e as duas horas da tarde, pois com o calor os vermes se exaltam e atacam com mais vigor.

O diagnóstico na fase aguda é suspeito se a pessoa apresentar prurido (coceira) muito forte, generalizado, depois de ter tomado banho em lago ou riacho com águas poluídas. Em seguida a este prurido, horas depois, o paciente poderá apresentar náuseas, vômitos, dor de cabeça e febre. Mais tarde, uma a duas semanas, virão urticária, prostração, vômitos, aumento do baço e do fígado. Para o tratamento, o medicamento indicado é o praziquantel.

## Infecções respiratórias

As infecções respiratórias têm aumentado, principalmente em crianças até três anos de idade. Os casos de pneumonia costumam ser mais frequentes nas crianças que vivem nas cidades do que nas que vivem no campo.

As causas estão na poluição do ar das grandes cidades, principalmente pela fumaça das fábricas e dos veículos. O ambiente doméstico, apartamentos pequenos pouco arejados, com muitas pessoas, o hábito de fumar em casa (a fumaça permanece no quarto por oito horas) provocam broncoespasmos e pneumonias em bebês, com frequência três vezes maior do que em casa de não fumantes. Estima-se que crianças que vivem com fumantes fumam um cigarro em cada três que o adulto fuma.

As crianças nos dois primeiros anos de vida costumam ter, em média, de cinco a sete infecções respiratórias, com resfriado, coriza, amigdalite e broncoespasmo. As infecções mais graves (10%) são provocadas por bactérias como estafilococos,

estreptococos e outras, além das que são provocadas por viroses respiratórias.

Considerando que uma infecção respiratória não fica restrita a uma rinite, faringite, bronquite ou pneumonia, a tendência dos médicos é agrupá-las em uma denominação mais genérica ("infecção respiratória aguda", registrada pela abreviação IRA) nas fichas dos hospitais e dos consultórios e classificá-las de acordo com a benignidade e gravidade dos seus sintomas, fator indispensável para a prescrição terapêutica mais ou menos enérgica pelo médico.

No primeiro tipo, leve, sem febre ou subfebril, a medicação simples — analgésicos, antitérmicos, gotas ou xaropes antitussígenos ou antialérgicos — é suficiente. No segundo, moderado, o exame médico já se torna necessário e talvez seja necessária a aplicação de antibiótico ou medicamento quimioterápico. No terceiro, grave, não só a presença do médico é indispensável, como na maioria das vezes determina a hospitalização do bebê.

## O RESFRIADO

A causa dos resfriados, febris ou não, são os diversos tipos de vírus, desde os da gripe até os denominados adenovírus e rinovírus, elementos com que a criança vai entrando em contato nos primeiros anos de vida e acaba estabelecendo sua imunidade, isto é, sua defesa. Este detalhe explica por que os adultos e crianças maiores não são tão suscetíveis aos resfriados como a criança nos primeiros anos de vida. Como os vírus estão sempre sofrendo mutações, estão constantemente renovando seu potencial infeccioso. É por isso que a imunidade que eles provocam no organismo humano nunca é perfeita. Uma nova infecção será sempre feita por um vírus modificado. Outro ponto importante é a relação entre o frio e o surgimento de gripes e resfriados. A queda de temperatura diminui a resistência do organismo às infecções.

## Causas que facilitam os resfriados

**a)** Frio, vento, poeira, fumaça, inalações (cheiros) e poluição atmosférica.

**b)** Fadiga, cansaço, viagens longas de automóvel.

**c)** Aglomerações: carnaval, procissões, missas,

festinhas de aniversário (neste caso, além da fadiga provocada pela emoção, excitação de brinquedos, existe a possibilidade de infecção pelas outras crianças).

**d)** O quarto da casa, ou a própria casa, mal ventilada, sem sol, com umidade constante, aparecendo às vezes mofo nas paredes.

**e)** Regimes alimentares deficientes, criança que toma pouco leite e não o substitui por qualquer derivado, como queijo, creme, doce de leite e outros, falta de carne e ovos, como também de frutas cruas.

**f)** A "criança úmida", isto é, portadora de diátese exsudativa, é a criança que responde com uma produção de catarro à menor agressão, como umidade, poeira e contato com bactérias que para outras crianças nada causam.

**g)** Aumento e aderência das amígdalas e das adenoides, que são as chamadas "carnes do nariz".

Além dos sintomas (febre, tosse e outros), o número de movimentos respiratórios deverá ser observado e participado ao médico:

## MÉDIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS POR MINUTO

| de 0 a 1 ano | de 1 a 2 anos | de 2 a 3 anos | de 3 a 4 anos |
|---|---|---|---|
| 23 a 39 | 22 a 30 | 21 a 29 | 21 a 27 |

**Tratamento.** Não há tratamento que elimine o vírus do resfriado. A orientação médica consiste em medidas gerais para aliviar o mal-estar, a congestão nasal (entupimento do nariz), a coriza (corrimento nasal), a dor de cabeça, a sensação de cabeça pesada, a faringite (dor de garganta) e a tosse. Para o mal-estar e a dor de cabeça são usados analgésicos, que também servirão para diminuir a febre (paracetamol, dipirona e ibuprofeno), administrados em gotas, xaropes ou comprimidos para serem dissolvidos em água.

Estudos recentes revelaram que a febre por vezes estimula a produção e a atividade dos elementos de defesa do organismo (glóbulos brancos, linfócitos, anticorpos, interferon e outros), de modo que não se deve deixar a criança inteiramente sem febre durante a doença. Use antitérmicos somente quando a temperatura axilar estiver acima de 38°C. Neste caso, investigue a possibilidade de uma complicação (otite, sinusite, bronquite, pneumonia), como também na eventualidade de o estado febril se prolongar além do período habitual do resfriado, três, cinco ou sete dias.

Para a congestão nasal o melhor tratamento consiste na limpeza da narina com soro fisiológico 0,9% várias vezes ao dia e ofertar grande quantidade de líquido. Medicamentos com ação descongestionante e antialérgica, por via oral, em gotas, em xaropes ou comprimidos só deverão ser usados com orientação médica, e em raros casos. Isso deve-se aos descongestionantes orais, com substâncias muito ativas, podendo provocar em bebês mais sensíveis queda de temperatura, excitação, perda do sono ou sono demais. Xaropes apresentam pouco resultado, sendo mais um calmante para mães desperadas do que algo com efeito efetivo sobre a tosse da criança.

Como regra geral, o resfriado se cura espontaneamente após três a sete dias, e deve-se evitar os medicamentos desnecessários, principalmente antibióticos, a não ser em poucas indicações e sob orientação do médico.

## A vitamina C evita um resfriado?

O Dr. Linus Pauling aconselhava doses elevadas de vitamina C para evitar resfriados. Apesar desta declaração, em 1970 outros pesquisadores

verificaram que não era exata. A Comissão para Medicamentos da Academia Americana de Pediatria, que é a maior organização mundial da especialidade, apresentou um relatório que diz: "(...) Em resumo, não há evidência suficiente de que o ácido ascórbico (vitamina C), recomendado pelo Dr. Linus Pauling, seja eficaz na prevenção e no tratamento do resfriado comum. Até esta data, o ácido ascórbico não deve ser usado para esta finalidade." Este documento foi publicado pela academia em novembro de 1971. Há suspeitas de que a vitamina C em doses muito elevadas pode até prejudicar a criança, além da possibilidade de algumas crianças apresentarem alergia ao ácido ascórbico, mesmo com doses pequenas. O médico deverá ser sempre consultado. A falta de vitamina C facilita o surgimento de infecções, mas o seu excesso não as impede.

## Coriza

É o nome da secreção nasal que se apresenta com consistência aquosa, catarral, purulenta, com tonalidade esverdeada ou não e, às vezes, sanguinolenta. O corrimento revela inflamação da mucosa nasal. Pode ser obstrutiva ou não,

acompanhada ou não de febre. As causas mais frequentes são as mesmas do resfriado, não esquecendo a possibilidade de ser consequência de sinusite crônica.

**Existem dois tipos:** a *coriza aguda* e a *coriza crônica*. A coriza aguda obedece às causas já citadas. A crônica, porém, pode obedecer às seguintes razões:

**a)** Adenoides ("carne no nariz") infectadas.

**b)** Pólipos nasais.

**c)** Rinite alérgica.

**d)** Corpo estranho.

**e)** Desvio do septo.

Todas as mães têm de enfrentar o problema de desinfetar e desobstruir o nariz do bebê. Solução de soro fisiológico várias vezes ao dia é essencial para o tratamento da congestão nasal. Em casos de coriza persistente o pediatra tem que ser consultado para a avaliação de critérios para outros tipos de tratamento.

## Coriza posterior

Este termo define o corrimento de secreção nasal para a parte posterior ao nariz, ou seja, a garganta. A coriza posterior também é conhecida como gotejamento nasal posterior e tem as mesmas causas da coriza comum aguda, ou seja, rinites e sinusites. Ocasiona sensação de pigarro e o "bichinho do rã-rã". É causa de tosse crônica.

## Faringite (dor de garganta)

As inflamações da garganta, denominadas faringites, são bastante frequentes na infância. O aspecto físico é a coloração escarlate da mucosa. Os sintomas, dor à deglutição, mal-estar, tosse e febre baixa. A causa principal é a infecção por vírus ou pelas bactérias que habitualmente vivem na própria faringe, sendo transmitidos de uma pessoa para outra. Às vezes poderá ser o início de uma doença infecciosa. A tosse é geralmente seca, irritante e incômoda. Pessoas nervosas poderão ter tosse espasmódica, escandalosa. Geralmente ocorre aumento dos gânglios (caroços) no pescoço. Quando a infecção é mais intensa, acompanhada de prostração (fraqueza), um médico deverá ser consultado, para avaliar a necessidade de antibióticos orais.

Os comprimidos de ibuprofeno, dipirona ou paracetamol infantil estão indicados no caso de haver febre alta. Pastilhas dão alívio momentâneo à dor e podem ser útil. A criança pode comer coisas geladas, como sorvete, sem problemas, é mais um mito da pediatria a lenda de que ingerir alimentos muito gelados dá dor de garganta.

## Amigdalite

Deve-se operar as amígdalas? A extração das amígdalas e das adenoides, que podemos chamar de "amígdalas do nariz", tem suas indicações precisas. Sua extração não é um recurso leviano para ver se a criança melhora de algum problema que vinha se arrastando. De modo geral, a melhor ocasião para fazê-lo é dos três aos seis anos. Mais cedo ou mais tarde é assunto de decisão médica em casos especiais.

As complicações, como hemorragias, infecção hospitalar ou acidentes anestésicos, ocorrem em quase 10% dos casos, o que é uma taxa relativamente alta.

As indicações bem-estabelecidas de amigdalectomia são abscessos peri ou retroamigdalianos, neoplasias (tumores) das amígdalas ou obstrução respiratória grave. A

adenoidectomia está indicada no "respirador bucal", com respiração noturna ruidosa e provável deformação torácica.

## A cirurgia

Nos casos mais brandos, que são os mais frequentes, o que indicava a cirurgia desaparece com a idade. A cirurgia também deverá ser protelada, se possível, por um prazo de duas ou três semanas após uma amigdalite aguda. A cirurgia não diminui a incidência de infecções de garganta ou resfriados na maioria dos casos.

A extração das amígdalas e adenoides é um ato cirúrgico e, portanto, deverá ser executado com todo cuidado. O processo cirúrgico antigo, de extração sob anestesia local, praticamente por arrancamento, já não é usado. A criança deverá estar anestesiada antes de entrar na sala de cirurgia, e a extração é feita por dissecção cuidadosa, para evitar hemorragias e mal-estar pós-operatório. A criança, na semana que precede à cirurgia, deverá evitar alimentos pesados (frituras e gulodices). Exames prévios de sangue e urina são necessários. É consenso entre os médicos que não há utilidade em extrair as amígdalas para

melhorar a asma ou evitar a febre reumática.

## Tosse

A tosse é, sem dúvida, a queixa mais frequente da mãe para o médico. Seja pelo telefone, em encontros na rua e até em eventos sociais. Antes de tudo, a tosse é em princípio necessária, decorrente de um reflexo destinado a conservar desimpedidas as vias respiratórias desde o nariz, a garganta, a traqueia e os brônquios até o interior dos pulmões, os alvéolos pulmonares. A tosse mais comum é a causada pela rinofaringite ou traqueobronquite aguda, doença de evolução benigna, da qual algumas crianças são frequentes vítimas. Existem tosses que não têm origem no aparelho respiratório. São as tosses nervosas, as tosses das adenopatias traqueobrônquicas, as tosses provocadas por problemas hepáticos e as da criança que está em estado grave, chocada.

Em primeiro lugar, verifique se ela aparece sozinha ou se está acompanhada de outros sintomas, como febre (pontada do lado, ou no peito etc.). Em segundo lugar, diferencie a tosse gorda e profunda da bronquite da tosse magra, seca e vibrante das

inflamações da garganta. Na primeira há a presença de esputo (catarro) preso ou solto, e na segunda não há catarro, com a criança sentindo apenas ardência na garganta.

O timbre também varia: é forte e rumoroso na bronquite e na traqueíte, com catarro esbranquiçado ao começo e amarelado por fim. É áspera, rouca, chamada "tosse de cachorro", no crupe e nas laringites; é curta, pertinaz, no pleuris; é dolorida e rápida na pneumonia; é quintosa, sufocante, na coqueluche e na adenopatia traqueobrônquica (gânglios nos pulmões); vem acompanhada de falta de ar na asma. Quanto ao tempo, pode ser aguda, crônica ou periódica. É aguda nas gripes, faringites, moléstias eruptivas, traqueítes, laringites infecciosas; crônica nas manifestações respiratórias alérgicas, fibrose cística do pâncreas. Em algumas crianças nervosas, é mais uma tosse provocada, um tique, do que inflamação do aparelho respiratório. É periódica, igualmente em crianças alérgicas ou de baixa resistência e sensíveis a infecções na garganta e nos brônquios e em meninos e meninas neuropatas. Muitas mães confundem o engasgo do bebê, que, às vezes, vem acompanhado de vômitos, com a tosse.

Para o tratamento existem os xaropes expectorantes

e sedativos que, como já relatado, não apresentam efeitos importantes. A tosse alérgica pode ser tratada com um antialérgico sempre prescrito por um médico. De resto, oferecer bastante líquido e aguardar a resolução espontânea são os melhores remédios É sempre prudente a mãe ou a responsável pela criança, ao dar informações, explicar se a criança está "caidinha" ou não, se está com febre e se a tosse é antiga ou recente, se a criança é asmática ou então se é filha de pais asmáticos. Acredita-se que algumas crianças se beneficiem com uso de nebulização apenas com soro fisiológico e alguns casos com o famoso Berotec.

## Tosse persistente

Deverá ser preocupante a persistência da tosse por mais de um mês. O médico deverá ser necessariamente consultado, e uma radiografia de tórax e dos seios da face deverá ser realizada. Se for anormal, auxiliará o médico a procurar e determinar a causa. Se não mostrar alterações, a tosse terá grande chance de significar um dos seguintes problemas:

**a)** Gotejamento pós-nasal ou coriza posterior causada por rinite ou sinusite.

**b)** Asma ou brônquios muito reativos.

**c)** Refluxo gástrico, que é muito comum em crianças.

Não se esqueça de que a tosse persistente poderá ser causada por uma série de doenças, mais graves ou menos graves, inclusive a tuberculose.

## A LARINGITE

É a inflamação da laringe, que é, na verdade, a porta de entrada do ar para os pulmões, o órgão essencial da voz (cordas vocais), a parte superior da traqueia, localizada na garganta. As laringites agudas constituem, na clínica infantil, capítulo importante, considerando a gravidade que podem assumir, exigindo atendimento de urgência e internação hospitalar, devido ao fato de o local do processo inflamatório ser estreito e concorrer para a obstrução da passagem de ar para os pulmões. Na laringite a criança apresenta voz rouca ou ausente, mas a afecção só é perigosa quando seguida de dificuldade respiratória, que se revela pela taquipneia (aceleração dos movimentos respiratórios) e taquicardia (aumento dos batimentos do coração). A criança está

inquieta, agitada, aflita, e poderá até apresentar cianose (lábios roxos). A criança poderá apresentar rouquidão (choro rouco), tosse rouca, chamada de "tosse de cachorro", estridor (ruído forte, penetrante, desagradável) quando respira ou aspira, e afundamento do peito ao nível das clavículas e da garganta, ou na parte inferior do tórax, ao nível do estômago e também entre as costelas (espaço intercostal). A doença poderá começar seguida a um simples resfriado ou imediatamente com febre alta ou com sinais imediatos de obstrução, em vez de os sinais serem evidenciados gradativamente.

Os sintomas dependem das causas das laringites. De modo prático, podemos destacar quatro, que são as mais frequentes na infância:

## 1) Laringite diftérica (crupe)

Atualmente, é rara devido à vacina tríplice, aplicada no segundo, terceiro e quarto meses, com reforço aos dezoito meses e entre quatro e cinco anos. Entretanto, poderá ser vista entre os dois e os sete anos de idade em crianças não vacinadas. O começo é gradativo: voz rouca, febre moderada, palidez. O exame de garganta revela placas brancas acinzentadas, os gânglios do

pescoço apresentam-se grandes e doloridos e a criança se mostra assustada, com medo de se sentir sufocada e não ser acudida a tempo. O tratamento é clássico, pelo soro antidiftérico e pela penicilina.

## 2) Laringite viral

É produzida por vírus de diversas categorias, podendo começar geralmente por um simples resfriado, inflamação do nariz e da garganta, para, em seguida, atingir a laringe, provocando tosse rouca, febre discreta e gânglios aumentados no pescoço. Ao exame, a garganta não estará vermelho-escarlate como a do tipo gripal. Geralmente este tipo é mais benigno, mas excepcionalmente pode adquirir aspecto mais sério.

## 3) Laringite espasmódica

É conhecida por falso crupe ou doença da meia-noite. É uma doença autolimitada e raramente permanece mais de dois dias (48 horas). É causada por vírus similares aos que provocam resfriados e por algumas bactérias. É a laringite da meia-noite, que se

instala repentinamente durante a noite. A criança acorda com tosse rouca, respiração difícil, movimentos respiratórios acelerados e às vezes mesmo com tom arroxeado nos lábios. É conhecida como laringite estridulosa, caracterizada pela instalação súbita, pela madrugada, em criança com histórico de ligeiro resfriado. Outra coincidência é o aumento de frequência destes casos nos dias de queda brusca de temperatura. A criança se apresenta agitada, com grande dificuldade respiratória, ruído laríngeo, transpirando muito e com grande ansiedade. Quanto maior o nervosismo da criança e da família mais dispneica ela fica. Quando o médico consegue acalmá-la e à família, ela irá melhorando progressivamente. Como a laringite estridulosa é mais comum e mais dramática, porque se apresenta na madrugada, apanhando os pais de surpresa, daremos então instruções detalhadas, bem úteis aos pais, do que se deve fazer.

## Instruções

**a)** Em caso de crises mais graves com dificuldade respiratória, a criança deve ser levada imediatamente para a emergência.

**b)** A viagem de automóvel poderá fazer a criança melhorar.

**c)** Se puder fazer em casa uma nebulização com soro fisiológico e Berotec, ela pode ser benéfica.

**d)** A criança deverá estar sentada na cama, recostada num travesseiro.

**e)** Os pais deverão procurar distraí-la com rádio, músicas, televisão ou contar histórias.

**f)** Se apresentar febre deverá ser dado um antitérmico.

O tratamento será realizado na emergência com nebulizacão com adrenalina alternada com Berotec.

## Aspiração de corpo estranho

Deverá ser diferenciado da laringite. Ocorre com maior frequência em lactentes e crianças menores. Existe história de *engasgo* com surgimento súbito de falta de ar. O tratamento é pela broncoscopia, com retirada do objeto das vias aéreas. Não é uma laringite verdadeira.

## Epiglotite

É uma doença de extrema gravidade, e no bebê tem alto índice de mortalidade. A epiglote é uma lâmina cartilaginosa que protege a entrada do orifício superior da laringe, cobrindo-a no momento da deglutição, evitando a inalação de líquidos ou alimentos que penetram no tubo da traqueia, passando pelos brônquios, atingindo os pulmões, causando sufocação ou pneumonia.

A epiglote, pela sua localização, pode ser infectada principalmente pela bactéria *Haemophilus influenzae B*, acarretando uma rápida inflamação edematosa, impedindo a respiração total da criança em poucas horas. Felizmente existe uma nova vacina HIB que previne a infecção por esta bactéria, devendo ser aplicada obrigatoriamente no segundo, quarto e sexto meses do primeiro ano de vida (como foi explicado no esquema obrigatório das vacinas no primeiro ano de vida). Esta infecção geralmente começa com uma inflamação dolorida de garganta, com menos de 38°C de febre, e rapidamente leva o bebê a graves sintomas, principalmente uma respiração ruidosa, palidez e dificuldade respiratória, não podendo ele ficar deitado, devendo-se evitar dar líquidos. A criança entre dois e seis anos já se queixa de dor de garganta.

**Tratamento.** A epiglotite é uma emergência médica. A criança deverá ser atendida prontamente pelo pediatra e pelo otorrinolaringologista, e de preferência hospitalizada. O uso de antibióticos (ampicilina e cefalosporina) e, em casos graves, a entubação endotraqueal ou a traqueostomia (abertura da traqueia) são procedimentos necessários, que levarão a mortalidade a zero.

## Estridor laríngeo congênito

Notado logo nas primeiras semanas de vida pela respiração ruidosa, alta, às vezes acompanhada de retração do espaço entre as costelas e da parte inferior do pescoço (fossa supraesternal) durante a inspiração. Pode mudar de tom, conforme a posição da criança, diminuindo durante o sono, com a cabeça para trás e com alongamento do pescoço e aumentando com a excitação. O estado geral é ótimo. A criança não apresenta qualquer sinal de sofrimento ou de desconforto. O estridor laríngeo congênito costuma desaparecer espontaneamente entre os seis e os doze meses de idade. Nos casos mais graves, procure orientação médica.

## Bebê chiador

As inflamações dos brônquios deverão merecer maiores cuidados do que geralmente lhes são dispensados. Elas são divididas em agudas e crônicas. Podem ser iniciadas após uma infecção viral (principalmente o vírus sincicial respiratório), gerando a inflamação também chamada de bronquiolite aguda. Este primeiro episódio pode ocorrer isoladamente, nunca mais ocorrendo, ou evoluir com episódios recorrentes de sibilância, dificuldade de respirar e tosse frequente. O bebê chiador geralmente possui histórico alérgico na família, evoluindo posteriormente para asma brônquica. Este quadro era antigamente chamado de bronquite, porém esta nomenclatura está em desuso, já que este nome atualmente é associado a alterações pulmonares que ocorrem em fumantes crônicos.

Os cigarros têm sido acusados de muitos males, e modernamente está provado que na casa de pais fumantes a incidência de doenças respiratórias, como a pneumonia e a bronquite, nos bebês e crianças até seis anos é duas vezes maior na casa de pais fumantes do que na dos que não são.

O tratamento preconizado nas crises deve ser a

nebulização com soro fisiológico e Berotec e corticoide sistêmico, sempre com orientação médica. Entre as crises podem ser usadas as famosas bombinhas que auxiliam para que a criança não tenha novas crises. As "bombinhas" são essenciais para o controle das crises.

## Bronquiolite

A bronquite é a inflamação e exsudação (produção de muco e catarro) dos brônquios, que são verdadeiros tubos de médio e grande calibres. A bronquiolite é o mesmo processo, atingindo os brônquios de pequeno calibre, denominados bronquíolos. Para se ter uma ideia, basta lembrar que os brônquios têm o diâmetro de um lápis e os bronquíolos, o de um alfinete; vê-se como é fácil entupi-los. É preciso fazer o diagnóstico diferencial com a asma. Embora a asma grave seja uma doença séria, a bronquiolite é muito mais perigosa. É de maior gravidade em prematuros e cardiopatas. Para esses pacientes o governo atual disponibiliza uma medicação chamada palimizumab, que diminui o risco do quadro, sendo aplicadas duas doses no primeiro ano de vida e duas doses no segundo ano de

vida.

A bronquiolite ocorre geralmente nos dois primeiros anos de vida e alcança maior frequência antes dos nove meses de idade. Seu aparecimento é verificado geralmente no inverno ou no começo da primavera (junho, julho, agosto, setembro). A bronquiolite aguda é provocada por vírus, sendo o principal o vírus sincicial respiratório. A associação com bactérias, como estafilococos, estreptococos e pneumococos, agrava a doença. O fenômeno que caracteriza a gravidade da doença é a obstrução (entupimento) dos bronquíolos, provocada pelo edema (inflamação) das mucosas, além da produção de muco e catarro que se localizam na mucosa que reveste interiormente os bronquíolos. Este entupimento impede a passagem do ar que deve atingir os alvéolos pulmonares para a oxigenação do sangue. Quando isto não acontece, a criança fica asfixiada (ausência de oxigênio, com iminente perigo de vida). A doença poderá começar simulando um leve resfriado, com coriza, espirros, tosse discreta, porém sempre com dificuldade respiratória.

*Atenção:* a febre é variável, às vezes alta, mas na maioria das vezes moderada ou baixa. Aumento dos batimentos do coração e também batimento das asas

do nariz, com acentuada falta de ar, coloração arroxeada dos lábios e esforço dos músculos do tórax são evidentes. A presença do médico é urgente e a internação no hospital é indispensável. A criança deverá ser colocada na tenda de oxigênio, com vapor e umidade aumentados. Os medicamentos deverão ficar por conta e responsabilidade exclusivas do médico. Quanto menor a criança, maior a gravidade da doença.

Apesar de a bronquite aguda ser uma doença potencialmente grave, a maioria delas evolui sem necessidade de internação, porém um médico deve sempre avaliar a criança periodicamente durante o quadro.

## Traqueíte

As inflamações da traqueia são, grande parte das vezes, consequentes às inflamações da garganta. Provocam tosse intensa, com expectoração abundante e dor localizada no meio do peito, que corresponde anatomicamente à projeção externa da traqueia. São geralmente concomitantes às alteração pulmonares. Seu tratamento é feito com antitérmicos e nebulizações conforme a intensidade da inflamação.

A nebulização é um recurso útil (aspiração de vapor d'água com ou sem adição de medicamentos). O médico poderá receitar penicilina ou outro antibiótico em alguns casos.

## Pneumonia

A pneumonia, também chamada de pneumonite, pode se apresentar desde o primeiro dia de vida e persistir durante toda a infância. É um processo inflamatório, localizado nos alvéolos pulmonares, tecidos circunvizinhos e bronquíolos, isto é, brônquios de pequeníssimo calibre. O termo broncopneumonia, usado antigamente, foi substituído nos dias modernos por pneumonia, apenas, considerando que a assistência ao doente e os cuidados terapêuticos são os mesmos, e, assim, teremos bronquites e pneumonias.

Diversos agentes poderão provocar uma pneumonia, e dois grupos se destacam: o das bactérias (estafilococos, pneumococos etc.) e o dos vírus. A manifestação clínica é diversa, mais violenta no caso das bactérias do que nas viroses. As pneumonias causadas por vírus são traiçoeiras e, às vezes, só se revelam através dos raios X, e assim

mesmo poderão ser confundidas com tuberculose.

De modo geral, na sua forma clássica, o início é violento, brusco, com febre muito alta, fenômenos nervosos, agitação, tremores, distúrbios musculares, vômitos, podendo chegar até às convulsões.

Uma particularidade é que logo no início da pneumonia a criança poderá se queixar de dor no abdome ao nível da região apendicular, levantando a suspeita de apendicite, quando a localização da moléstia está unicamente no pulmão. Em alguns casos a pneumonia acompanha uma moléstia infecciosa, gripe, sarampo ou coqueluche. Em outras ocasiões, poderá complicar um resfriado forte e malcuidado. No recém-nascido ou lactente pequeno, poderá manifestar-se inicialmente apenas por choro excessivo (dor pleural).

O tratamento variará, naturalmente, considerando a idade. Entretanto, os medicamentos são os mesmos. O ideal seria a identificação da bactéria (pneumococo, estafilococo ou outras), administrando o antibiótico mais indicado para cada tipo. As penicilinas, sobretudo as denominadas semissintéticas, dão excelentes resultados. Entretanto, é importante sua indicação pelo pediatra. Acredita-se que no bebê nos primeiros anos de vida, até os quatro anos, as causas

mais frequentes das pneumonias são os vírus respiratórios, que não respondem aos antibióticos, entretanto são de evolução fácil, benigna, durando de uma a duas semanas, com bom estado geral e terminando sem consequências.

A pneumonia é uma doença grave e deverá sempre ser acompanhada e tratada pelo médico, que utilizará radiografia de tórax para o diagnóstico. Quando a criança apresentar várias pneumonias um imunologista deverá ser consultado.

## Derrame pleural

Pleuris, para os leigos, é inflamação ou derrame pleural; para os médicos, é a concentração de líquido no espaço pleural. Quando purulento, denomina-se empiema.

Entende o leigo por pleurite a presença de água no pulmão, mas onde realmente ela se concentra é no espaço pleural (entre o tórax e os pulmões). Aparece acompanhando as pneumonias geralmente. Quanto ao líquido, pode ser aquoso, purulento e até sanguinolento. Poderá atingir grande volume, até um litro, mesmo na criança pequena. Quanto menos idade tiver a criança, mais grave, principalmente se o

líquido tiver pus. Uma vez que haja suspeita de pleurite, é necessário fazer-se a punção para verificar a natureza do líquido e mandar examiná-lo em laboratório. Esta providência é muito útil e a família não deverá se opor.

Hoje, o emprego precoce dos antibióticos diminuiu extraordinariamente o seu aparecimento. O diagnóstico é confirmado por raios X. O tratamento, além do repouso, dos antitérmicos, das vitaminas e de boa alimentação, dependerá da decisão do médico. A presença do cirurgião será indispensável, porque a intervenção para drenar o pus será o processo adequado. Outra causa possível de derrame pleural é a tuberculose.

## Atelectasia

Significa falta de expansão parcial ou total dos pulmões. Pode ocorrer o "desaparecimento" dos alvéolos, que são sacos mínimos de ar normalmente existentes nos pulmões e elemento fundamental da respiração. A atelectasia é posterior à obstrução das vias aéreas, especialmente dos brônquios de pequeno calibre, não permitindo a entrada de ar. A atelectasia total de ambos os pulmões é incompatível com a

vida. A atelectasia é observada em recém-nascidos, com maior frequência em prematuros do que em crianças de mais idade, e tem diversas causas, dentre elas alteração neurológica por ocasião do parto, dosagens exageradas de sedativos maternos antes do parto, maior sensibilidade do prematuro para uma determinada dosagem de anestésico materno, incapacidade funcional do aparelho respiratório, doença da membrana hialina e outras causas menos frequentes. Nas crianças maiores, as causas geralmente são outras, como aspiração de corpo estranho, como botões, grãos de cereais, feijão, casos graves de asma e alergias respiratórias. Os sintomas dependerão da sua extensão. Quando a doença atinge pequenas áreas, poderão passar despercebidos, porém quando grande parte do pulmão, de uma ou das duas partes, é atingida, e geralmente de modo repentino, a criança apresenta dificuldade em respirar, com movimentos respiratórios acelerados, aumento dos batimentos cardíacos e, nos casos mais graves, cianose (coloração arroxeada dos lábios). O médico, ao analisar os pulmões, e pelo aspecto geral do paciente, poderá suspeitar de atelectasia. A radiografia é sempre indispensável para o diagnóstico e o acompanhamento até a cura. O tratamento

dependerá da causa, e o acompanhamento com fisioterapia respiratória é indispensável.

## Pneumotórax

É o termo para definir a presença de ar dentro do tórax em local em que não deveria haver. A presença de ar poderá ser detectada na cavidade pleural, que é uma membrana serosa dupla e justaposta que envolve cada um dos pulmões, permitindo seu movimento durante a respiração, podendo também o ar estar no mediastino ( espaço mediano do tórax que contém vários órgãos, como o coração, a traqueia e o esôfago, menos os pulmões). No recém-nascido, o pneumotórax poderá ser uni ou bilateral e a sua presença é estimada em 1% a 2% de todos os recém-nascidos, passando despercebido e curando-se espontaneamente. Porém, quando o pneumotórax é extenso demais, o volume de ar tanto na pleura como no mediastino é grande, provocando pressão, e a situação fica bastante grave. As causas no recém-nascido poderão ser espontâneas ou devidas às manobras de ressuscitação, quando a criança nasce com morte aparente e são necessárias manobras de reanimação. Nas crianças maiores é mais raro e as

causas são pneumonia por estafilococos, abscesso pulmonar, cistos congênitos, corpos estranhos engolidos, traumatismo, pancadas, acidentes de carro no tórax. Os sintomas se revelam de modo repentino e, se o pneumotórax for extenso, é grave. Manifesta-se logo falta de ar, dor e até cianose (coloração azulada dos lábios). No caso de haver compressão dos órgãos do mediastino e da pleura, o mal-estar será acentuado, com sinais evidentes de desconforto. As radiografias deverão sempre ser exigidas.

**Tratamento.** O tratamento dependerá da causa. Quando é pequeno o volume de ar, não acarretando problemas clínicos e desconforto, ele é reabsorvido com os dias, sem necessidade de qualquer intervenção maior. O ar será reabsorvido durante um período de dez a vinte dias. No caso de ser grande o volume de ar, com acentuada compressão dos pulmões ou do mediastino, o cirurgião deverá ser chamado. O tratamento dependerá da causa. A intervenção cirúrgica, com a introdução de um tubo através das costelas até a bolsa de ar, é a medida adequada. Muitas crianças se recuperam completamente, sem a possibilidade de haver qualquer complicação futura.

## Sinusite

É a inflamação dos seios da face. Em medicina, entende-se por seio maxilar a cavidade que existe normalmente no osso maxilar. Além desta cavidade, existe outra, localizada no osso frontal (testa), que somente aos seis anos se torna evidente. O seio maxilar já existe mais precocemente, sendo possível sua inflamação dos quatro anos em diante. A causa reside nas infecções pelas bactérias em crianças predispostas, sobretudo naquelas que apresentam alergia nasal com resfriados repetidos. A sinusite comumente aparece após um resfriado. As secreções da sinusite provocam tosse, geralmente intensa, com "engasgos" e vômitos, principalmente à noite, com a criança deitada, porque a secreção (mucus) não é engolida como acontece com a criança acordada, e vai para a traqueia. O organismo se protege com a tosse, para evitar que atinja o pulmão. A criança que tem um resfriado após outro, ou um resfriado permanente, crônico, possivelmente sofre de sinusite crônica. Seu tratamento deve ser o uso de antibiótico por um tempo mais prolongado.

# ASMA

A asma ocorre praticamente em todas as idades, com exceção do primeiro mês de vida. A existência de asma no primeiro ano de vida da criança, que durante algum tempo foi posta em dúvida, é possível. Entretanto, ela é rara. Do terceiro ano em diante, torna-se a causa mais frequente de falta de ar na infância. A causa principal da asma é a alergia. A alergia é um assunto vasto da medicina e é considerada um modo diferente de reagir do indivíduo, o que pressupõe que exista um modo considerado normal de agir em relação a alguns fatores que entram em contato com o organismo humano. O bebê asmático costuma ter antecedentes familiares de alergias: eczemas, urticária, enxaqueca, colites, corrimento ou obstrução crônica do nariz e mesmo crise asmática. Quando não existir nenhum destes fatores nos pais, avós e tios, o fato não implica uma ausência da possibilidade da asma do bebê, porém neste caso a criança poderá se curar da asma com alguma facilidade, respondendo bem ao tratamento. Ultimamente, com o aumento da poluição atmosférica, tem aumentado o número de crianças asmáticas.

## Sintomas

A asma é uma doença que se apresenta por acessos de falta de ar, com ou sem tosse e febre. No início a criança se apresentará com mau humor, impaciente, inquieta, seguindo-se na maioria das vezes uma tosse irritante, pequena, repetida constantemente, sem catarro e sem apetite. Poderá surgir pressão no peito, e às vezes as crianças maiores se queixam de dor de barriga, devida ao esforço muscular para compensar a deficiência da musculatura do tórax. Por fim, instala-se a falta de ar.

As crianças maiores ficam sentadas na cama para respirar melhor, ao passo que a criança no primeiro até o segundo ano de vida poderá ter crise de asma deitada. Apenas a família nota os movimentos respiratórios abdominais, devido à grande movimentação da musculatura da barriga em auxílio aos músculos do tórax, que não são suficientes para fazer a criança respirar.

Isto parece ser verdadeiro, pois o asmático sente-se pior à noite do que de dia, e às vezes a crise começa durante a noite. Isto tem sido relacionado às alterações de temperatura que ocorrem na passagem do dia para a noite, especialmente a queda de

temperatura e a elevação da umidade. Entretanto, alguns especialistas admitem igualmente a possibilidade de diferentes descargas elétricas na atmosfera durante o dia e à noite, talvez devido à presença ou ausência do sol. Alguns especialistas acham que a piora noturna é devida a um problema funcional do sistema nervoso central (neurovegetativo), cujo estado funcional se modifica ao dormir, com a predominância de um sistema vagotônico sobre o simpático. Outra causa é que a posição deitada predispõe à ocorrência da asma com mais facilidade do que quando a pessoa está em pé. Os novos conhecimentos da Cronobiologia vieram esclarecer este assunto. Todas as funções biológicas variam com a hora do dia. Assim, também o calibre brônquico. Os brônquios estão mais dilatados às dezesseis horas e mais fechados às quatro horas da madrugada. Nas pessoas normais, esta variação é de 5% e, em asmáticos, de 20% a 50%, e até mais. Por isso as crises são mais fortes à noite.

## Doenças que simulam a asma

Diversas afecções poderão se assemelhar à asma. Sempre que a criança apresentar sintomas diversos

daqueles comuns na crise de asma, convém pensar que talvez não seja asma. Podemos destacar, como as principais afecções que podem simular a asma, as seguintes: edema da glote — inchação da laringe e das cordas vocais, diminuindo a passagem de ar para os pulmões —, laringite estridulosa — inflamação da laringe, que diminui seu calibre, ocasionando um ruído forte quando o ar passa para os pulmões —, infecções no aparelho respiratório, comuns na gripe, como a laringotraqueobronquite. Existem bronquites denominadas fibrosas obliterantes, entretanto raras na criança. Existe igualmente a possibilidade da aspiração de corpo estranho, comum nas crianças que põem na boca ou no nariz objetos como botões, chicletes e tudo o que possam encontrar. As pneumonias e as broncopneumonias poderão de início, ou mesmo na sua evolução, apresentar dificuldade respiratória. A possibilidade da "falta de ar" de origem nervosa, denominada dispneia de angústia, também é possível. No passado, uma das causas frequentes simuladoras de asma era o crupe, a difteria da laringe, que começava de modo traiçoeiro e acabava por instalar uma terrível e perigosa falta de ar. Entretanto, com a vacina tríplice, aplicada obrigatoriamente no primeiro semestre de vida, esta

afecção praticamente desapareceu da história clínica moderna. Algumas doenças genéticas, como a mucoviscidose, também poderão ser confundidas com a asma.

## Causas

As causas da asma podem ser divididas nos seguintes grupos:

**1) Inalantes:** poeira, fumaça, odores diversos, pólen, tecidos de lã, flanela de limpeza (pode, entre suas fibras, acumular o pó), pelos de animais (cachorros e gatos), pó de gaiolas de passarinhos, poluição, fumaça de fábricas e poeira domiciliar. Quanto à poeira domiciliar, desejamos chamar a atenção para o que modernamente é admitido como a causa mais importante do ambiente físico no desencadeamento da crise asmática. A poeira doméstica é formada por muitas substâncias diferentes, e dentre elas fica difícil saber qual realmente é a responsável pela crise asmática. Já foram determinados como componentes da poeira doméstica os seguintes elementos: pelos, penas, células epiteliais (da pele humana ou de animais), fibras de madeira ou tecido dos móveis, sementes de

vegetais, produtos decorrentes de inúmeros materiais utilizados na limpeza doméstica, mofo, pólen de diferentes flores, o que não é frequente no Brasil, e, finalmente, restos de insetos pequeníssimos. Desde a década de 1960, foram identificados os ácaros como principais alérgenos da poeira de casa. Atualmente, vacinas preparadas com ácaros têm colaborado muito no tratamento da asma.

**2) Alimentares:** qualquer alimento poderá desencadear em determinadas crianças a crise asmática. Entre os mais frequentes podemos destacar o leite e, mais remotamente, os derivados de amêndoas, o trigo, frutas cítricas (frutas ácidas) e o camarão.

**3) Infecções:** as do aparelho respiratório, da garganta, do nariz, dos brônquios e da traqueia são as maiores responsáveis. A questão das amigdalites e adenoides (inflamação das "carnes no nariz") é controvertida. A amigdalite e a adenoidite crônica podem ser fatores agravantes e desencadeantes da asma, mas, como fatores exclusivos, não estão provados.

Existem fatores que influenciam o aparecimento de sintomas de asma em crianças já predispostas, isto é, alérgicas, que provocam a asma. Assim, temos a

temperatura e a umidade. Há crianças que apresentam a asma denominada estacional; numa determinada época do ano, a velocidade dos ventos, a fadiga e o cansaço, as viagens longas, excitações por brincadeiras e jogos demorados ou violentos podem influenciar o desencadeamento da asma em uma criança já predisposta.

**Tratamento.** O tratamento da crise ou acesso agudo de asma é feito com diversos medicamentos. Os mais usados atualmente são os chamados broncodilatadores simpaticomiméticos, entre os quais está incluída a clássica adrenalina, bem como novos medicamentos bastante eficazes e com menos efeitos colaterais, como o salbutamol, a terbutalina e o fenoterol. Esses medicamentos podem ser usados por via oral, subcutânea, intramuscular ou em aerossol (em nebulizações ou spray). Como todos os medicamentos utilizados no tratamento da asma, eles não são isentos de risco, devendo ser aplicados sob orientação médica. Os tremores são comuns, e às vezes pode haver taquicardia. Recomenda-se administrá-los a cada quatro horas na maioria das vezes.

Finalmente, nos casos mais difíceis, poderão ser

usados os corticosteroides (cortisona). Sua ação não é imediata, mas são medicamentos de grande eficácia. Existem sob forma de elixir, comprimidos ou injetáveis. O uso da cortisona não poderá ser feito como rotina, por decisão dos pais. Além de ter efeitos desfavoráveis, alguns leves, como edema (inchação), aumento de peso, insônia, excitação ou sensação passageira de bem-estar, que cedem logo após a interrupção do medicamento, existem os mais graves, como interferência com o sistema ósseo, infecções, diabetes etc. O uso constante de cortisona diminui a resistência da criança às infecções. Por exemplo, a catapora, que é geralmente uma doença banal, quando acomete uma criança que está se submetendo ao tratamento com cortisona, poderá se tornar grave.

Uma vez passada a crise de asma, os pais deverão tomar providências, levando a criança ao pediatra para iniciar o tratamento básico, a fim de evitar novas crises. A mãe deverá aprender a reconhecer os sinais precursores da crise de asma, como espirros, tosse seca, peito ligeiramente insuflado, iniciando logo os medicamentos indicados — poderá ser o fenoterol, o salbutamol, a terbutalina ou mesmo outro tipo. O tratamento da crise de asma, depois de plenamente desencadeada, é muito mais difícil.

Prevenção da alergia respiratória — bronquite asmática, asma propriamente dita, rinite ou rinossinusite alérgica. Poderá ser feita com medicamentos, vacinas e, o mais importante de tudo, evitando-se os fatores que a desencadeiam, geralmente substâncias inaladas. Alimentos raramente são causa de alergia respiratória. Quando isto ocorrer, tire-os do regime.

## Controle ambiental

Como a principal causa da asma é a inalação de substâncias que provocam alergia, é importante tomar medidas para eliminá-las do ambiente doméstico. Assim, a eliminação da poeira doméstica e dos ácaros (com aspirador de pó) é essencial. Os cuidados deverão ser redobrados no quarto, onde o colchão e os travesseiros deverão ser bem protegidos com capas e aspirados. As roupas de cama deverão ser trocadas pelo menos duas vezes por semana. Nunca varra a casa (dê preferência ao aspirador de pó, que deverá ser usado bem longe do asmático). Retire tapetes, carpetes, cortinas, bichos de pelúcia e tudo que possa reter poeira. Procure arejar a casa e deixar que o sol ilumine os armários. Evite a formação de

mofo e infiltrações. Não use produtos de limpeza com cheiro forte. Os asmáticos deverão ser retirados de casas que estejam sendo pintadas ou reformadas. Como as baratas podem ser causa frequente de alergia, deverão ser eficazmente combatidas.Uma importante fonte de ácaro é o travesseiro, no qual a cabeça da criança fica por oito a dez horas à noite, ou seja, um terço de sua vida. Encapar o travesseiro e o colchão com material impermeável é obrigatório.

## Asma de esforço

Algumas crianças, após serem submetidas a esforço durante alguns minutos, costumam apresentar crise de asma (falta de ar, "chiado" no peito e tosse). Isto é provocado pela respiração rápida, com brônquios hipersensíveis. A atividade física que mais provoca este esforço é a corrida, inclusive as brincadeiras infantis e o futebol. As que menos provocam são a natação e o ciclismo. Para lidar com o problema, antes de proibir a corrida, é preferível lançar mão de um recurso que costuma ser eficaz: inalação de spray (bombinha) de salbutamol ou fenoterol, cerca de quinze minutos antes do exercício.

## Tratamento medicamentoso a longo prazo

Hoje sabe-se que a asma é uma doença crônica, com inflamação dos brônquios. Assim, o tratamento básico dos asmáticos que não têm crises apenas esporádicas é feito com anti-inflamatórios inaláveis. Dentre eles, os mais potentes, mais importantes e mais utilizados são os corticosteroides em spray, dosados em microgramas, portanto mil vezes menores do que os miligramas dos produtos orais ou injetáveis.

Como o principal problema da asma é a diminuição mais ou menos difusa do calibre dos brônquios, o que pode acontecer mesmo fora das crises, o uso de broncodilatadores muitas vezes é necessário. Existem substâncias que dilatam os brônquios e que têm duração prolongada, podendo ser usadas como medicamentos básicos para combater o "fechamento" dos brônquios (salmeterol, formoterol e mesmo a teofilina de longo espectro). Quando a criança asmática precisa de um reforço de broncodilatação ou fica patente que precisa combater de imediato este fenômeno, poderá usar, sob a forma de spray (bombinha) ou com nebulizadores, as

mesmas substâncias que usa para tratar a crise: salbutamol, fenoterol ou terbutalina. Assim, estes medicamentos são usados quando necessário.

Sempre que há piora da asma, mesmo sem se configurar uma crise ou quando esta ainda não foi completamente debelada, depois de convenientemente tratada e de sair da fase mais dramática, é comum que os médicos reforcem a medicação, principalmente com o uso de corticosteroides (prednisona ou outro medicamento) orais, pelo período de sete a dez dias.

Como a asma crônica, maltratada ou de grande intensidade pode promover alterações importantes nos brônquios, levando ao chamado "remodelamento brônquico", que provoca doença com tendência irreversível, é muito importante os pais terem a noção clara de que o asmático deverá ser tratado desde criança. Desta forma, deverá ser periodicamente avaliado pelo seu médico e seguir fielmente suas indicações. Neste particular, hoje se tem como as medidas mais importantes o controle do ambiente e o uso crônico (meses e mesmo anos) de anti-inflamatórios ou spray, principalmente corticosteroides, nas doses adequadas e com controle estrito do crescimento. O emprego das vacinas

preparadas com antígenos de ácaros não dispensa os cuidados ambientais; é de maior importância obedecer a eles para atingir resultados definitivos.

## Vacinas

Há vários tipos de vacinas. Geralmente os alergistas utilizam vacinas constituídas de antígenos de ácaros. Poderão ser feitos testes alérgicos, preparando-se então vacinas específicas, de acordo com o resultado dos testes. As vacinas poderão ser injetáveis ou de uso sublingual; as injetáveis, aquosas ou de depósito. São apresentadas em várias concentrações (séries). A finalidade das vacinas é promover alterações defensivas no sistema imunológico para tornar o organismo do alérgico mais resistente à ação dos fatores que desencadeiam a alergia respiratória (asma, bronquite asmática e rinite alérgica). O tratamento é de longo prazo, de três a cinco anos. Não deve ser iniciado durante um momento em que a criança apresente inúmeras crises. As vacinas associadas aos cuidados ambientais permitem controlar a maioria das manifestações mais importantes de alergia respiratória.

# O APARELHO URINÁRIO

A principal função do nosso aparelho urinário é "filtrar" todas as impurezas do sangue, eliminar todo o excesso de líquido e outras substâncias que não serão usadas pelo nosso corpo. O aparelho urinário é constituído de rins, ureteres (canal que liga os rins à bexiga), bexiga e uretra (canal que liga a bexiga ao exterior). A diferença de anatomia do aparelho urinário entre meninos e meninas explica o porquê de certas patologias serem mais comuns em cada um deles.

Colocar a criança para "fazer pipi" ou trocar fraldas diariamente são atos quase que involuntários, que fazemos várias vezes ao dia. Muitas vezes não paramos para prestar atenção nos sinais que esses "atos involuntários" nos trazem. A cor o odor, ou até mesmo a quantidade de fraldas úmidas e/ou secas por dia, por exemplo, fornecem informações importantes para a avaliação da criança com doenças do aparelho urinário.

É importante que os pais tenham algumas noções básicas sobre vários pontos importantes do aparelho urinário:

**1)** Elementos que poderão aparecer no exame de urina laboratorial (EAS).

**2)** Sinais de alerta, quando se deve procurar a opinião do pediatra, que o simples exame da urina na própria fralda pode trazer.

**3)** Doenças do aparelho urinário e urológico.

## O EXAME DE URINA

Também chamado de EAS (sedimento), o exame laboratorial de urina simples serve para avaliar a presença ou a ausência de elementos que deveriam ou não ser filtrados pela urina, além da quantidade e da qualidade desses elementos. Ao analisar o exame de urina, o pediatra pode obter informações importantes que permitem diagnósticos simples, como uma cistite (infecção da bexiga) e diagnósticos mais sérios e com maiores complicações, como o diabetes melito. Além do EAS, se houver a suspeita de infeção uma cultura de urina deverá ser realizada. A cultura é usada para observar o crescimento de bactérias na urina, sendo capaz de identificar o germe causador e o melhor antibiótico a ser utilizado.

## Como coletar a urina para o exame

A Academia Americana de Pediatria recomenda que as crianças que estão usando fralda, principalmente no primeiro ano de vida, tenham a urina coletada através da cateterização da bexiga. Essa recomendação é baseada nos fatos que predispõem a contaminação da urina, por exemplo, e levam a um diagnóstico errado, causando mais danos que uma simples cateterização.

Essas crianças evacuam mais frequentemente e a colocação do saco coletor de urina pode trazer resultados errados. Isso exporia a criança a um tratamento desnecessário de uma infecção inexistente. A coleta da urina por cateterização é um pouco mais invasiva, mas obtém informações precisas e muito importantes para se evitar um desgaste maior à criança no futuro (exames de sangue ou exames radiológicos desnecessários). A cateterização, sendo feita por pessoas experientes, é praticamente indolor, não traumática e extremamente rápida.

Nas crianças maiores a coleta pode ser obtida quando ela expressa vontade.

É muito importante a higiene local antes da obtenção da urina:

- Lave os órgãos genitais e o períneo (nas meninas, espaço entre o ânus e a vagina e, nos meninos, entre o saco escrotal e o ânus) com água e sabão de glicerina.
- Seque com uma toalha normal.
- Colete a urina (evitar a primeira urina que sai) com o coletor proporcionado pelo laboratório e/ou seu pediatra. Deve-se coletar o jato de urina no meio da micção. Evite colocar os dedos dentro do coletor, para evitar a contaminação.

Atualmente, a coleta com saco coletor só é recomendada no laboratório ou diretamente no consultório do seu pediatra. Tente administrar o máximo de líquido possível à criança uma vez que o saco coletor tenha sido colocado, para que ela urine o mais rápido possível. O ideal é que se mude o saco coletor a cada vinte minutos caso a criança não tenha urinado.

Caso não seja possível levar a urina coletada imediatamente ao laboratório, é permitido guardá-la na geladeira por no máximo doze horas, colocando-a longe da porta da geladeira, onde a temperatura é mais elevada, podendo alterar os resultados.

# ELEMENTOS QUE PODEM APARECER NO EXAME DE URINA

## Albuminúria (proteína na urina)

Traços de albumina (proteína) na urina são destituídos de significação importante. Durante estados febris ou infecções virais, a urina pode apresentar uma quantidade elevada de albumina sem significar patologia. O exame pode ser repetido, em caso de dúvida, após o término da infecção ou causa da febre. Algumas crianças apresentam uma quantidade maior de albumina na urina causada pela posição ortostática (de pé). Ao final de um dia em que a criança brincou ou ficou de pé por muito tempo, a urina pode apresentar uma quantidade de albumina elevada. Nesses casos o exame da primeira urina da manhã, antes que a criança se levante da cama, deve demonstrar uma diminuição ou até mesmo desaparecimento da albumina na urina. Essa condição, chamada de proteinúria ortostática, é benigna e não deve assustar os pais. Em casos de exercícios violentos a urina pode apresentar uma quantidade aumentada de mioglobina (proteína vinda dos músculos). Algumas drogas, como

salicilatos (aspirina), por exemplo, podem causar albuminúria.

Sem dúvida alguma a albuminúria abundante e duradoura poderá significar doença renal grave, como nefrite ou nefrose, e nesse caso deve ser acompanhada por um especialista, nefrologista pediátrico.

## Piúria (pus na urina)

A presença de piócitos (células de pus) na urina pode significar infecção no aparelho urinário desde a uretra (uretrite), bexiga (cistite) ou rins (pielonefrite). Em condições normais a presença de alguns piócitos não deve ser motivo de preocupação, mas a associação de febre alta, vômito, dor ao urinar e piócitos na urina pode ser os primeiros sinais de infecção urinária.

## Hematúria (glóbulos vermelhos)

Também chamado de sangue na urina, pode ser causada por várias condições, como cálculos, nefrites, traumatismos, exercícios em excesso, infecções e também hematúria familiar. Nesse último caso,

depois de eliminar qualquer outra causa, infecção etc., o pediatra deve examinar a urina dos pais e dos avós para confirmar o diagnóstico. O aparecimento de duas ou três hemácias por campo não significa problema. A urina cor de Coca-Cola pode significar nefrite e exige avaliação médica imediata.

## Bacteriúria (bactérias)

O exame de urina poderá revelar grande quantidade de bactérias, na maioria das vezes consequente da contaminação da própria urina durante a coleta, como por exemplo na coleta feita com saco coletor. Outras vezes sua presença significa infecção urinária. Nesses casos uma cultura para determinação do tipo de bactéria, contagem de colônias e sensibilidade a determinados antibióticos deve ser realizada. A presença de catalase positiva junto com esterase de leucócitos no EAS aumenta a possibilidade de uma infecção urinária.

## Cristais

Compostos de ácido úrico, oxalato de cálcio,

oxalato de fosfato, cistine e uratos poderão ser observados em condições normais. A presença desses cristais em excesso associada a sintomas de dor intensa, vômitos e sangue na urina pode significar pedras nos rins e deve ser examinada com mais cautela.

## Glicose

Quando houver glicose na urina (glicosúria) a possibilidade de diabetes deverá ser pesquisada e um exame de sangue determinando a taxa de glicose (açúcar) no sangue deve ser realizado.

## Acetona

A presença de ácido acético ou hidroxibutírico pode significar uma infecção, como desidratação causada por vômitos e diarreia, acidose, inanição e diabetes. Nesses dois últimos casos sua presença é um sinal grave.

## Pigmentos biliares

Seu aparecimento na urina normalmente está correlacionado a uma lesão hepática, principalmente quando em números aumentados. Significa que a lesão hepática está aumentando a quantidade de bilirrubina no sangue, e os rins, por serem um filtro, ficam responsáveis por eliminar essa quantidade maior do que o normal, expelindo-a na urina. O mesmo pode acontecer com a urobilina, que também é derivada do fígado. Em pequena quantidade, isto é, traços, revela apenas que o fígado está com sua função aumentada, mas, em grande quantidade, pode estar relacionada a uma hepatite ou doença do sangue.

## O EXAME DA URINA NA FRALDA OU A OLHO NU

Quando trocamos a fralda ou mesmo ajudamos nossos filhos a "se limparem", temos na nossa frente uma informação importante, que não devemos desprezar. É nessas horas que muitos pais veem na urina um sinal de que devem contatar seu pediatra. Daremos uma noção rápida das mudanças na urina que podem estar relacionadas a condições benignas e

também sinais de que algo mais sério está ocorrendo:

## Cor

Em situações normais a urina deve ter uma cor amarela. Além do aumento de peso verificado na visita ao pediatra, uma outra informação importante que pode tranquilizar os pais de que a quantidade de leite materno está sendo suficiente para o recém-nascido é a cor da urina. Uma criança bem hidratada apresenta uma urina de cor amarela bem clara, quase transparente. Discutiremos adiante, com mais detalhes, como avaliar se o leite materno está sendo suficiente ou não, somente pelo exame da urina na fralda. Também devemos lembrar que, em caso de alteração da cor da urina, é sempre importante discutir com seu pediatra as medicações e a comida que a criança ingeriu nos últimos dias.

**Amarela bem escura.** Caso a criança não esteja bebendo muito, ou em dias mais quentes de verão, em que também não esteja tomando a quantidade de líquido adequada, é normal se observar uma coloração mais amarela ou até mesmo quase laranja da urina. Isso se deve à concentração da urina, que,

não diluída pela "falta" de água, toma a cor dos outros elementos presentes. Nesses casos o ideal é aumentar a oferta de líquidos e observar na próxima troca de fralda ou na próxima ida ao banheiro a coloração da urina.

**Laranja.** Algumas medicações como a rifampicina, usada no tratamento da tuberculose, por exemplo, alteram a coloração da urina, das lágrimas e da saliva para a cor laranja. Outras medicações, como vitamina B, piridium (usado para cistites) e alguns laxativos podem tornar a urina laranja.

**Vermelha.** O sangue na urina pode ser causado por infecções, glomerulonefrites, nefroses, hematúria familiar, Síndrome de Alport, cálculo renal, traumatismo, exercício excessivo. A menstruação em adolescentes também pode ser confundida com sangue na urina. Doenças sanguíneas e outras causas serão discutidas com mais detalhes a seguir. Várias associações de medicações também podem tornar a urina avermelhada sem significar sangue na urina. Dentre elas devemos citar a associação de warfarin (usada nas doenças tromboembólicas) com ibuprofeno, naproxeno (anti-inflamatórios). Algumas

comidas, como a beterraba, podem tornar a urina avermelhada, e isso não deve assustar os pais. Em caso de urina avermelhada é sempre importante contatar o pediatra.

**Marrom ou cor de Coca-Cola.** Nesse caso, tanto pode significar uma inflamação dos rins, glomerulonefrite, como também pode ser um sinal de infecção viral do fígado: hepatite. Caso a criança apresente essa coloração de urina é importante que seja avaliada pelo pediatra o mais rápido possível.

## Volume

O volume de urina emitido em 24 horas talvez seja a informação mais importante que os pais podem adquirir em simples trocas de fraldas. A forma mais prática é contar o número de fraldas úmidas trocadas por dia. Nos recém-nascidos, o ideal seriam pelo menos de seis a oito fraldas bem úmidas por dia. Caso o número de fraldas úmidas trocadas por dia seja menor do que isso, ou se os pais estão trocando as fraldas e observam que elas estão secas, é hora de ligar para o pediatra. O bebê recém-nascido normalmente urina a cada vez que é amamentado.

Depois de cada amamentação deve-se trocar a fralda e avaliar se está úmida ou não. A pergunta mais frequente que os pacientes têm é como saber se a criança está urinando o suficiente quando a fralda está cheia de fezes, o que normalmente é o caso em recém-nascidos. Além de a coloração da urina ser diferente, a urina, por conter principalmente água, é absorvida mais rapidamente e enche a parte interna da fralda, enquanto a água das fezes, por estar misturada com partes sólidas, fica mais flutuante, junto com as fezes. Além do volume e do número de fraldas, outros sinais importantes para a observação da hidratação da criança é a presença de lágrimas e saliva na boca.

## Crianças que urinam muito (poliúria)

A quantidade de urina eliminada pela criança em condições normais está relacionada ao volume de líquido ingerido. A estação do ano também influencia. Assim sendo, no inverno, quando as crianças suam menos e perdem menos líquido pelo suor, a quantidade de urina pode aumentar sem significar doença. Muitas vezes, no inverno, a criança que já não urinava durante a noite volta a ter esses

“acidentes”. Assim também, durante o verão, a criança tem a tendência a urinar menos, pois grande parte da água corporal é eliminada pelo suor.

O temperamento da criança também pode influenciar na quantidade de urina. As crianças mais ansiosas têm a tendência de urinar mais frequentemente e em pequenas quantidades.

Uma das doenças a se considerar e checar em presença de aumento na quantidade e volume urinário é o diabetes. As cistites (inflamação da bexiga) podem se manifestar como um aumento na frequência da micção, em pequenos volumes, e podem ser dolorosas. Qualquer alteração na quantidade, volume e coloração da urina deve ser discutida com o pediatra.

## Enurese (acidentes noturnos e/ou diurnos)

Os “acidentes” noturnos e/ou diurnos são queixa comum no consultório do pediatra. Há vários fatores que devem ser considerados. Existem dois tipos de enurese: noturna e diurna. Dentre essas há ainda duas classificações:

**1) Enurese primária:** a criança que nunca teve controle da urina.

**2) Enurese secundária:** a criança tinha controle da urina durante a noite e por algum motivo começou a perder o controle e a apresentar acidentes durante a noite.

A ocorrência de enurese deve ser sempre investigada pelo pediatra para afastar doenças importantes como diabetes e ou infecções urinárias. Há causas simples como a mudança de temperatura (verão ou inverno), quantidade de água e líquidos ingeridos ou simplesmente mudanças na rotina da criança que causam um estresse qualquer não observado pelos pais e que pode ser manifestado somente pela enurese. A simples chegada de um irmãozinho pode ser manifestada através da enurese e não significa patologia.

Nos casos de aumento do volume e/ou frequência urinária em que patologias tenham sido descartadas pelo pediatra, é aconselhável seguir certas medidas para evitar acidentes, principalmente à noite:

**1)** Evite líquidos depois do jantar (qualquer tipo de líquido: gelatina, sorvete, água, refrigerantes etc).

**2)** Coloque a criança para urinar antes de dormir.

**3)** Também coloque a criança para urinar antes de os pais irem dormir.

**4)** "Exercite" a bexiga: faça a criança contar até dez ao urinar e ao terminar peça a ela para "apertar a bexiga", esvaziando-a completamente.

**5)** Faça um calendário e coloque a criança para participar na montagem dele: caras felizes quando a criança não urina na cama e caras tristes quando acidentes acontecem.

**6)** Recompense a criança com pequenos presentes, por exemplo, depois de três dias sem acidentes. Aumente progressivamente os intervalos sem acidentes (de três dias sem acidentes para receber a recompensa, passe para cinco dias sem acidentes), dando assim um estímulo para que a criança "exercite" sua bexiga e evite acidentes cada vez mais.

Caso a enurese persista apesar de todas essas medidas, é hora de voltar a contatar o pediatra.

## Crianças que urinam pouco (oligúria)

É caracterizada pela diminuição da produção de urina em 24 horas, e normalmente é um sinal importante de que a criança, especialmente um

recém-nascido, deve ser avaliada o mais rápido possível pelo pediatra. No verão, é normal acontecer a diminuição do volume de urina, como já mencionado anteriormente. Nesses casos essa diminuição pode ser o primeiro sinal de que a criança necessita ingerir líquido. Uma regra geral a ser seguida é avaliar a quantidade de fraldas úmidas, e também o volume de urina na fralda. Caso haja uma diminuição importante, tanto no volume quanto na quantidade de fraldas trocadas num período de tempo, o pediatra deve ser contatado imediatamente. Nos casos de gastroenterite, em que a criança apresenta diarreia, fica difícil saber se a criança está urinando ou não, pois as fezes serão líquidas. Portanto, nos casos de vômito e/ou diarreia, é sempre importante contatar o pediatra caso haja qualquer dúvida quanto à hidratação da criança ou caso a criança não esteja aceitando a ingestão de líquidos, ou vomite logo após a ingestão destes.

A anúria é a diminuição da quantidade de urina em volumes alarmantes e requer avaliação imediata. Os rins normalmente são órgãos nobres, inteligentes e resistentes, e na maioria das vezes recuperam-se bem e rapidamente.

## Disúria (dor ao urinar)

Nas crianças menores, e que ainda usam fralda, é difícil avaliar a "dor ao urinar".

Algumas mães percebem que a criança fica mais irritada e chora mais, logo após urinar.

Nas crianças maiores, principalmente meninas, é uma queixa também frequente. Nesses casos aconselha-se a avaliação do pediatra, para que possa ser determinada a causa da disúria. Entre as causas mais frequentes encontra-se a irritação local da vagina devido à falta de higiene ou higiene inapropriada (vaginites). Outras causas de disúria também frequentes são cistites (inflamação da bexiga), pielonefrites (infecções nos rins) e cálculos renais (pedras nos rins).

Caso patologias, como infecção urinária ou alterações da anatomia, tenham sido descartadas pelo pediatra, e a causa da disúria tenha sido determinada como a irritação na área genital, aconselham-se várias medidas para se evitar o reaparecimento da disúria.

Em meninas, principalmente evitar os banhos de imersão demorados, calcinhas com pinturas e de cores fortes, dar preferência ao algodão, em vez de lycra, evitar que a criança permaneça com o

biquíni/maiô por muito tempo depois de sair da piscina, pois o cloro e a lycra do biquíni são irritantes e podem causar a dor ao urinar sem significar infecção. É aconselhável o uso de sabão neutro nos banhos para evitar que os agentes químicos irritem a pele e produzam a dor ao urinar. Nos meninos não circuncisados, a higiene do prepúcio, para evitar a inflamação dessa área, também é uma medida importante para evitar a disúria.

A disúria associada com febre, perda do apetite, vômito ou diarreia pode significar infecção urinária e requer avaliação imediata.

Em casos de cálculos renais, normalmente a dor é abdominal, mas também pode se apresentar somente como disúria associada, na maioria dos casos a hematúria (sangue na urina).

## Crianças com urina vermelha (hematúria)

Ocorre quando há a presença de pelo menos cinco glóbulos vermelhos na urina, e ocorre com uma prevalência de 0,5% a 2% em crianças de idade escolar. Como já destacamos, a avaliação da coloração da urina é um dado importante na avaliação do

pediatra. É comum a mãe relatar ao médico que seu filho está com a urina "carregada", avermelhada, manchando a fralda. Antes de tudo é necessário esclarecer sobre a coloração.

A urina avermelhada é um sinal de que a criança deve ser avaliada pelo pediatra sem demora.

Pode ser causada por infecções, pedras nos rins, glomerulonefrites, nefroses etc. Alguns medicamentos podem tornar a urina de cor avermelhada: metronidazol, nitrofurantoina, salicilatos, rifampicina, dentre outros. Sempre relatar ao médico as medicações que a criança está tomando em caso de alteração da coloração da urina. Outras doenças renais, como a IgA nefropatia e a Síndrome de Alport, podem aparecer primeiramente com sangue na urina.

Se a coloração for amarelo-escura, poderá ser um sinal de que a criança está tomando pouco líquido. No caso de dúvida, e em caso de qualquer suspeita de sangue na urina, um exame de urina é necessário. Há ainda uma patologia de origem familiar chamada de hematúria familiar benigna, que é associada com a presença de sangue microscópico na urina, sem apresentar alteração da função renal. Em caso de hematúria frequente não associada a nenhum outro

sintoma, e que se suspeita ser hematúria familiar benigna, deve-se também fazer o exame de urina em familiares para se afastar essa possibilidade.

Crianças com pedras nos rins apresentam uma hematúria importante, e, dependendo da localização do cálculo, uma dor abdominal também importante. Quando a menina atinge a adolescência, é comum a mãe chegar ao consultório com a queixa de sangue em grandes quantidades na urina, que pode ser somente o início da menstruação, não detectada pela adolescente. Sempre perguntar pela presença ou não da menstruação.

## Crianças que têm urina turva

É frequente observar, em crianças na idade pré-escolar (dois a quatro anos), a urina de coloração turva, que assusta os pais, que a julgam como pus. Normalmente, no verão, quando a criança não toma líquidos apropriadamente, a urina pode aparecer com coloração turva, ou mais escura. Não há dúvida de que a urina contendo pus é turva, por isso mesmo o exame de urina é necessário, para afastar hipóteses de presença de albumina (albuminúria) e de pus (piúria).

## Cistite (inflamação de bexiga)

Normalmente as crianças queixam-se de dor ao urinar (disúria), urinam com mais frequência e em menor quantidade. Na maioria dos casos, a cistite não está relacionada com febre alta, vômitos ou diarreias, como é o caso de pielonefrites (infecções renais). O exame de urina é recomendado, assim como o tratamento acompanhado pelo pediatra. Sempre deverá ser realizada a cultura de urina para confirmação do diagnóstico e a detecção do germe causador.

Em casos de cistites de repetição, uma avaliação do especialista, nefrologista pediátrico, é necessária. O histórico familiar pode auxiliar no diagnóstico e no tratamento. Este normalmente é feito através do uso de antibióticos apropriados. É importante ensinar as meninas de idade escolar a se limpar apropriadamente. Devem evitar limpar as partes genitais de trás (ânus) para a frente (vagina), pois assim trazem as bactérias da mucosa intestinal para a parte vaginal, o que pode predispô-las a infecções ascendentes do aparelho urinário.

## Pielonefrite (infecção de urina)

A criança com infecção urinária apresenta sintomas como vômito, febre alta, diarreia, diminuição do apetite e, caso não esteja tomando líquido em quantidades adequadas e vomitando demasiadamente, a desidratação também é comum. O exame de urina demonstra a presença de pus, e a cultura de urina vai demonstrar a presença e o tipo de bactéria, assim como o antibiótico mais indicado.

Nas crianças menores de cinco anos é indicada a investigação da causa da infecção com exames como a ultrassonografia renal e a uretrocistografia retrógrada. Com esses dois exames podem-se avaliar as causas mais comuns, como alguma alteração anatômica ou o refluxo vesicoureteral.

A disposição da uretra curta e reta facilita a infecção ascendente, principalmente em meninas. O diagnóstico das infecções urinárias é feito pelo exame de urina. Como já explicado anteriormente, nas crianças menores a coleta da urina deve ser efetuada através de cateterização para que o diagnóstico seja mais preciso. Por ser um exame mais invasivo, os pais tendem a recusá-lo. Com a explicação apropriada do pediatra, de que a "dor" que a criança vai sentir nesse exame é muito menor do que a dor que as consequências de uma infecção urinária, não

diagnosticada, pode causar, como em casos extremos de insuficiência renal, os pais entendem e aceitam o procedimento sem reclamações. É bom sempre dar o exemplo de vacinas, que, ao serem aplicadas, doem na hora e fazem a criança chorar, mas é muito melhor a dor e o choro curtos da vacina do que a criança não chorar por cinco minutos ou menos e ter aquela doença. O diagnóstico é feito pela cultura de urina, principalmente. Como a urina, ao ser eliminada, contamina-se por micróbios na uretra, no prepúcio ou na vagina, as culturas de urina estão sujeitas a muita contaminação, especialmente quando a coleta não é feita de maneira apropriada. O número de colônias deverá ser valorizado. A urina coletada por cateter com mais de 100 mil colônias no resultado da cultura indica infecção urinária.

O tratamento da infecção urinária deve ser feito com antibióticos e cada caso deverá ser analisado. Os antibióticos de amplo espectro são recomendados. Normalmente o médico deve analisar, no resultado da cultura, qual é o antibiótico "mais indicado" para esse tipo de bactéria, e basear o tratamento nesse resultado. Nas crianças que não conseguem tolerar líquidos, que estão vomitando demais, por exemplo, assim como nas crianças menores, é recomendada a

internação hospitalar para que o antibiótico seja administrado por via intravenosa por alguns dias, ou até a criança tolerar a ingesta oral. Nas crianças com pielonefrite de repetição o acompanhamento pelo especialista também está indicado, com exames, e na maioria das vezes antibiótico diariamente deverá ser ministrado até que os exames sejam realizados.

## Refluxo vesicoureteral

É uma das causas mais frequentes de infecção urinária de repetição em crianças. Significa o retorno da urina ao ureter quando a bexiga está se contraindo para que a urina seja eliminada. Em vez de seguir na direção da uretra para ser eliminada, a urina volta pelo ureter, podendo chegar a voltar até os rins. O "sintoma" ou apresentação mais comum é a infecção urinária de repetição. Especialmente nas crianças menores está indicada a investigação por exames radiológicos desde a primeira infecção urinária (pielonefrite). O diagnóstico é feito pela uretrocistografia miccional retrógrada.

Nesse exame um cateter é colocado na bexiga e um contraste é injetado até enchê-la. A radiografia é tomada com a bexiga cheia, e, daí por diante, uma

sequência de radiografias é tomada com a criança urinando, para ver se a urina está regressando ao rim (refluxo).

O refluxo é classificado em graus, sendo 1 o grau mais leve e 5 o grau mais severo. O tratamento será feito de acordo com o grau do refluxo e com um quarto da dose normal de antibió-tico todos os dias, para evitar a repetição de uma infecção urinária (profilaxia). É importante sempre lembrar aos pais que essa dose de antibiótico profilática é mínima e não deve causar mais danos à criança. É muito melhor tomá-la e evitar infecções de repetição e danos ao rim do que expor a criança à possibilidade de ter que fazer tratamentos extremos, como diálise. As infecções de repetição danificam os rins e podem levar à insuficiência renal (falência da função renal).

Nos graus mais leves, 1 e 2, não está indicada a profilaxia. Lembre-se sempre que cada caso é um caso. Essa é a regra, mas há exceções, e a decisão deve ser tomada pelo nefrologista pediátrico. A uretrocistografia miccional deve ser repetida a cada ano, até os cinco anos de idade, para ver se o refluxo está melhorando, ou até mesmo desaparecendo, e assim evitar a administração de antibiótico profilático sem necessidade. A partir da primeira

uretrocistografia, as outras podem ser feitas, como a cistografia nuclear, que consiste basicamente no mesmo exame, somente com menor exposição radiológica da criança.

O DMSA, exame radiológico que injeta contraste na veia e delineia a função renal, deve ser feito quando a criança já tenha sido tratada da infecção urinária, para avaliar se a infecção danificou ou não o rim. Caso tenham ocorrido danos aos rins com uma infecção, a cirurgia para correção do refluxo vesicoureteral está indicada. A decisão, mais uma vez, deve ser tomada pelo nefrologista e o urologista pediátrico (cirurgião do aparelho urinário). Normalmente, mesmo nos casos mais severos, grau 5, o refluxo se "autocorrige" até os cinco anos de idade. Após essa idade, caso o refluxo não tenha se corrigido naturalmente, e/ou a criança apresente infecções de repetição, mesmo com profilaxia adequada, a cirurgia para corrigir o refluxo também pode estar indicada.

## Glomerulonefrite

Na maioria dos casos, é uma doença não infecciosa, provocada por um processo imunológico, cujo fator

desencadeante normalmente é uma infecção. Há alguns outros tipos de glomerulonefrites que serão diagnosticadas por uma biópsia renal e devem ser acompanhadas pelo nefrologista pediátrico. Exemplos são a glomerulonefrite membranoproliferativa (normalmente mais crônica), a glomerulonefrite associada com o lúpus eritematoso sistêmico, a glomerulonefrite rapidamente progressiva e a glomerulonefrite da Síndrome de Henoch-Schonlein.

A infecção por estreptococco é causa comum da glomerulonefrite difusa aguda. No passado acreditava-se que o tratamento da infecção estreptocócica (amigdalites e impetigos, por exemplo) evitava o desenvolvimento da glomerulonefrite. Atualmente já se comprovou que o tratamento da infecção estreptocócica NÃO EVITA o aparecimento da glomerulonefrite difusa aguda. A única doença que o tratamento da infecção estreptocócica, como a amigdalite, impede de aparecer é a febre reumática (ver link). Por ser uma reação imunológica a uma infecção, a glomerulonefrite normalmente aparece de uma a três semanas depois da infecção (de garganta ou de pele, por exemplo). A idade mais comum para seu aparecimento é entre os quatro e os nove anos de idade, mas isso não significa que crianças de outras

idades não possam apresentar a doença.

Os sintomas mais comuns são: oligúria (pouca urina), hematúria (urina de cor escura), edema (inchaço), hipertensão (pressão arterial aumentada) e, nos casos mais graves, insuficiência cardíaca. O tratamento deve ser sempre sob a orientação do pediatra, e em alguns casos requer a hospitalização para o controle da pressão arterial. O tratamento consiste em restrição hídrica, restrição na quantidade de sal na dieta, diuréticos e hipotensores. No caso da glomerulonefrite difusa aguda, o prognóstico é bom. Os outros tipos de glomerulonefrites exigem um tratamento mais agressivo, intenso, prolongado, e seu prognóstico depende muito de paciente para paciente.

## Síndrome nefrótica

Pode estar associada a várias causas e é constituída, como em qualquer outra síndrome, de um conjunto de sinais e sintomas:

Edema (inchaço), proteinúria (presença de proteína na urina em quantidade aumentada) e aumento do colesterol são os principais sinais e sintomas. A síndrome nefrótica pode ser de origem

idiopática e dentre essas a mais comum, principalmente entre os dois e seis anos de idade, é a síndrome nefrótica de alteração mínima. Há ainda outros tipos menos comuns, como a esclerose focal e segmentar, com consequências e prognósticos mais graves, e ainda a síndrome nefrótica de proliferação mesangial. Ambas deverão ser diagnosticadas através de uma biopsia renal.

O tratamento da síndrome nefrótica de alteração mínima se dá pelo uso de corticoide sistêmico, também sob constante avaliação do nefrologista pediátrico. As infecções secundárias e os efeitos colaterais do uso do corticoide por tempo prolongado são as complicações mais frequentes, e devem ser tratadas por um especialista cuidadoso. Há crianças que respondem bem ao tratamento com corticoide como há outras que não respondem ao uso do mesmo e necessitam de medicações mais "potentes", com diferentes mecanismos de ação. Normalmente, as crianças que respondem bem ao tratamento com corticoide nos primeiros seis meses apresentam um bom prognóstico. Já as crianças que são "resistentes" ao tratamento com corticoide apresentam um prognóstico mais problemático.

Existe também um tipo de síndrome nefrótica

chamada de síndrome nefrótica congênita. São casos em que as crianças desenvolvem os sinais e sintomas de síndrome nefrótica nos primeiros três meses de vida. As causas podem ser associadas a infecções como sífilis congênita, HIV, hepatite B, toxoplasmose; a doença também pode ser considerada uma doença autossômica recessiva (de origem genética). Em casos de síndrome nefrótica congênita, o uso de corticoide é inefetivo, e o tratamento acaba sendo a nefrectomia (retirada dos rins bilateralmente), e diálise até o aparecimento da possibilidade de um transplante renal.

## Insuficiência renal aguda

Há várias causas que levam à insuficiência renal (perda da capacidade de filtração dos rins). Normalmente a causa mais frequente em crianças é a desidratação aguda, que, se tratada apropriada e rapidamente, permite o retorno da função renal ao normal. A interrupção da eliminação urinária poderá também ter várias outras causas, dentre elas: doenças renais como glomerulonefrites, intoxicações, incompatibilidade sanguínea durante transfusões, queimaduras que levam à desidratação, choque

séptico ou de qualquer outra natureza, malformações urinárias, infecções crônicas e não tratadas adequadamente nos rins. Naturalmente a criança se revela gravemente enferma, exigindo tratamento imediato. Além da diminuição de eliminação de líquidos, como a água corporal, também há diminuição da eliminação de substâncias tóxicas ao organismo, como a ureia. Em casos de desidratação, somente a reidratação adequada e em tempo certo deve fazer a função renal retornar ao normal. Algumas vezes tem-se de recorrer a técnicas especializadas de diálise peritoneal e/ou hemodiálise.

## Insuficiência renal crônica

Caracteriza-se por uma redução irreversível da função renal. O prognóstico para crianças com insuficiência renal crônica melhorou muito nos últimos anos devido aos avanços na área de transplante renal. O tratamento consiste, e é determinado, por uma avaliação multifatorial de vários especialistas, como o pediatra da criança, o nefrologista pediátrico, psicólogos, nutricionistas, enfermeiras e, mais importante, pais, familiares e a própria criança. Cada caso se adapta diferentemente

aos tipos de tratamento, por diálise peritoneal ou hemodiálise. É uma decisão que deve ser tomada em grupo, levando em consideração não somente a rotina dos familiares envolvidos, mas principalmente a qualidade de vida e o conforto da criança que irá se submeter a esse tratamento. Deve-se tentar não retirar a criança da sua rotina normal, escola e atividades extracurriculares que sejam permitidas. Muitas vezes os próprios pais podem ser qualificados como doadores, o que aumenta ainda mais a relação de amor e carinho entre eles e a criança. O tratamento pós-transplante exige cuidados também especiais devido a medicações que aumentam e predispõem a criança ao risco de infecções graves.

## DOENÇAS UROLÓGICAS

### Fimose

É a incapacidade de se retrair o prepúcio (pele extra ao redor da glande, no pênis).

Ao nascer todos meninos apresentam esse excesso de pele, que deixa somente exposto um pequeno

orifício, e é considerado fisiológico. Isso é normal ao nascimento. Em meninos não circuncidados 90% das vezes essa pele pode ser retraída antes de eles completarem três anos de idade. Do ponto de vista clínico, a cirurgia só se justifica quando houver dificuldade de urinar, mas há casos em que é recomendada por diferentes causas, como infecções constantes da área do prepúcio. Atualmente a Academia Americana de Pediatra não recomenda a circuncisão em todos os meninos. Fica a critério dos pais a escolha da circuncisão, seja por motivos religiosos (no caso da religião judaica, por exemplo), higiênicos (para facilitar a limpeza da área) ou estéticos/psicológicos (quando o pai e/ou irmãos apresentam a área circuncidada, é indicado fazer a circuncisão no menino, para que ele não se sinta "diferente do pai e/ou irmãos).

## Parafimose

É o estrangulamento da glande pelo prepúcio, deixando um orifício muito estreito. Isso pode causar a inchação (edema) com diminuição do suporte sanguíneo ao local e dor importante. Pode ser provocada quando os pais ou babás puxam a pele

diariamente, na tentativa de reduzir ou acabar com a fimose, e a pele não volta para a posição anterior, estrangulando a glande. O tratamento consiste na tentativa manual de desfazer esse estrangulamento por um médico, e, se isso não for conseguido, a intervenção cirúrgica está indicada.

## Criptorquidia

É a ausência dos testículos na bolsa escrotal. Pode ser unilateral ou bilateral. Alguns meninos nascem com a bolsa escrotal vazia, sem testículos. A deiscência dos testículos ocorre no final da gestação (gravidez) e 30% de bebês prematuros apresentam ausência de testículos na bolsa escrotal. A maioria recupera a bolsa escrotal espontaneamente durante os três primeiros meses de vida. É importante o pediatra avaliar se os testículos estão ausentes completamente da bolsa escrotal e do canal inguinal ou presentes no canal inguinal. Nesse último caso, podem ser considerados testículos retráteis e, na maioria das vezes, descem para a bolsa escrotal naturalmente. Já a ausência completa dos testículos na bolsa escrotal pode significar que eles ainda estejam localizados no abdome e não tenham descido, como deveriam, ao

final da gravidez. A presença ou não dos testículos no abdome pode ser determinada pela ultrassonografia. Caso ausentes totalmente, a avaliação por um endocrinologista pediátrico é necessária para se afastar outras patologias de origem endocrinológica. Caso os testículos não voltem à bolsa escrotal a criança estará predisposta a patologias como esterilidade, torção de testículo, hérnia inguinal e câncer de testículo. É importante corrigir esse problema por meio de cirurgia, caso os testículos não sejam encontrados na bolsa escrotal, antes que a criança complete um ano de idade (normalmente com nove meses de idade).

## Válvula da uretra posterior

Ocorre em meninos, e pode ser responsável pela insuficiência renal caso não diagnosticada. Ela causa um "bloqueio" na saída da urina pela uretra, fazendo com que a urina regresse aos rins e assim danifique a sua estrutura. Algumas vezes é descoberta pela ultrassonografia da mãe quando ainda grávida. Nesses casos se demonstra um aumento do volume dos rins do bebê, que depois do nascimento não retorna ao normal. Algumas vezes também pode se demonstrar através de infecções urinárias após o nascimento em

crianças pequenas. O diagnóstico pode ser feito através da uretrocistografia miccional. O tratamento é feito através de cirurgia corretiva, e não deve ser postergado.

## Hidrocele

É a presença de líquido entre as membranas que envolvem os testículos. Existem dois tipos de hidrocele: comunicante e não comunicante. Nas crianças maiores a hidrocele pode ser devida à presença de uma infecção na bolsa escrotal ou à torção de testículos. O exame com luz por trás da bolsa escrotal feito pelo pediatra poderá diferenciar a hidrocele da hérnia inguinal. Na hidrocele, a luz passa e transmite pelo testículo. Já com a presença de hérnia a luz fica opaca. A cura da hidrocele se dá espontaneamente depois de algumas semanas ou meses. A correção cirúrgica da hidrocele está indicada quando ela não regride até um ano de idade ou em casos mais complicados. Caso seja diagnosticada a hérnia inguinal o tratamento é cirúrgico. Algumas crianças nascem com hidrocele, sendo o líquido reabsorvido até um ano, não necessitando intervenção cirúrgica.

## Varicocele

É a presença de veias dilatadas e tortuosas na bolsa escrotal. Pode se apresentar sem sintomas ou com dor na região. O tratamento fica a critério do médico.

## Vulvovaginite

Na menina recém-nascida, é normal a presença de uma secreção vaginal esbranquiçada. É causada pelo hormônio materno, que aumenta a secreção. Normalmente essa secreção não apresenta odor e não causa irritação local ou vermelhidão. Desaparece normalmente em uma semana ou mais.

A presença de secreção vaginal na menina é muitas vezes normal, mas também pode ser causada por uma infecção local por bactérias ou fungos.

A vermelhidão ou irritação local pode causar a disúria, já que, sendo ácida, a urina irrita a pele já inflamada. Nas crianças pré-escolares é comum também a colocação de corpos estranhos na vagina. Nesses casos um forte odor pode ser notado, assim como a inflamação local e secreção purulenta.

É importante também se afastar as doenças sexualmente transmissíveis, e em crianças menores

deve sempre se avaliar a possibilidade de abuso. Nas pré-adolescentes é comum o aumento da secreção vaginal antes do aparecimento da menstruação. É causada por um aumento hormonal e não significa infecções na maioria das vezes.

Os oxiúros em algumas ocasiões emigram do ânus para a vagina, causando prurido e, consequentemente, infecção. A higiene da vulva, quando não é feita apropriadamente, pode ser uma das causas.

Uma outra causa comum dessa inflamação são as calcinhas de tecidos que irritam a pele, como o náilon, dácron etc. O tecido ideal é o algodão. O tratamento fica a critério do pediatra, que deve avaliar a causa da inflamação e da infecção. Em caso de bactéria o tratamento deve ser feito com antibióticos; nos casos de infecções por fungos, com pomadas antifúngicas.

## Vagina fechada (sinequia) ou aderência dos pequenos lábios

Consiste na aglutinação labial, isto é, os pequenos lábios da vulva se apresentam colados. Pode ser causada por uma inflamação ou apenas irritação da

mucosa de revestimento. Em geral essa condição desaparece espontaneamente com o tempo ou, mais tardar, perto da puberdade. Pode-se fazer a aplicação de creme com hormônio de estrogênio Premarim. Esse creme deve ser usado com indicação do pediatra, pois, em se tratando de hormônio, o uso inadequado pode levar ao aparecimento de efeitos colaterais, como pelos pubianos. Na maioria das vezes, após o término da aplicação da pomada, a aderência pode regressar. A limpeza da área deve ser feita normalmente, aplicando leve pressão ao colocar a pomada para que evite a readerência.

O aparelho urinário é um filtro importante e a urina manifesta muitas vezes qualquer alteração nesse sistema nobre do organismo. É sempre importante contatar seu pediatra caso tenha uma dúvida em relação a alterações na urina. Qualquer sinal ou sintoma que esse aparelho demonstre pode ser tanto o início de uma doença grave como a demonstração de um estresse qualquer.

## AS DOENÇAS DE PELE

A pele é o maior órgão do organismo. Age como uma barreira de proteção, porém a quebra da sua integridade favorece o início de infecções. O risco de injúria cutânea nas crianças é muito superior ao que se vê nos adultos, por haver maior risco de absorção de vírus e bactérias através da pele e infecções. O bebê não tem flora protetora cutânea ao nascer, é exposto a objetos e pessoas que podem carregar agentes infecciosos, além de apresentar uma ferida aberta (umbigo) e eventualmente ser submetido à circuncisão. A pele da criança é diferente da do adulto, sendo 40% mais fina, com menos pelos e menor produção de secreções pelas glândulas sebáceas (responsáveis pela produção de sebo — gordura) e sudoríparas (suor).

Dados atuais revelam que a pele de um bebê prematuro é mais permeável que a pele de um bebê nascido a termo, com aumento da perda de água através da pele. Esta imaturidade no prematuro pode levar à desidratação, distúrbios eletrolíticos e instabilidade térmica. O risco de toxicidade pela absorção de produtos através da pele está portanto aumentado em bebês, especialmente nos prematuros.

Características da pele de um recém-nascido em comparação com a pele de um adulto:

- Mais fina, com menos pelos.
- Pouca secreção sebácea (gordura) e écrina (suor).
- Maior suscetibilidade a infecções por micro-organismos.

## Cuidados com a pele do recém-nascido

A pele do recém-nascido encontra-se coberta por um material graxento, que representa uma proteção fisiológica, chamado *vérnix caseosa*. Este deriva parcialmente da secreção das glândulas sebáceas, e também é produto da decomposição da camada mais superficial da pele do bebê. Embora sua função não esteja completamente esclarecida, muitos estudos sugerem que não deve ser removido, pois age como proteção. Este material será eliminado sucessivamente através das mudanças de roupa, geralmente dentro das primeiras semanas de vida.

Normalmente a descamação cutânea pode ser observada nos recém-nascidos após 24 a 36 horas do nascimento, podendo se estender até a terceira semana de vida. Se a descamação é vista ao nascimento, pode ser indicativa de parto pós-maturo, anóxia intrauterina ou ictiose congênita.

Os cuidados com a pele do bebê devem envolver limpeza com produtos não tóxicos, não abrasivos, e sim neutros. A limpeza das nádegas e região perianal deve ser feita com água e algodão. Quando for necessário, um sabonete suave, com posterior enxágue com água, deve ser utilizado durante a troca das fraldas. Em relação ao coto do cordão umbilical, deve ser evitado o uso de substâncias que contenham povidine, devido ao risco de absorção do iodo, podendo desenca-dear uma queda dos hormônios da tireoide ou hipotireoidismo. Deve-se usar álcool 70% a cada troca de fralda.

## DESORDENS CUTÂNEAS DO RECÉM-NASCIDO

### Acne neonatal (erupção acneiforme do recém-nascido)

Ocasionalmente os bebês desenvolvem uma erupção semelhante à acne dos adolescentes, isto é, com pústulas (pontinhos com pus) e pápulas (bolinhas avermelhadas) nas bochechas, queixo e

testa. Em muitos casos não é necessário tratamento, sendo apenas recomendada limpeza diária com água e sabonete. Em casos mais graves podem ser utilizados agentes tópicos (cremes queratolíticos com ou sem antibiótico tópico) prescritos pelo pediatra ou dermatologista. Em casos com recidiva e sem resposta ao tratamento deve-se investigar excesso de androgênios.

## Hiperplasia das glândulas sebáceas

É um fenômeno fisiológico, em que o recém-nascido apresenta pontinhos amarelados no nariz, bochechas e lábios superiores. Representa um estímulo androgênico materno. Não requer tratamento, visto que as lesões desaparecem nas primeiras semanas de vida.

## Milia

São pequeninos pontos endurecidos e amarelados que geralmente surgem na face dos bebês, podendo também ocorrer em outras regiões. Tendem a desaparecer na terceira ou quarta semana de vida,

embora, às vezes, possam persistir até o segundo ou terceiro mês. Não é necessário realizar tratamento.

## Dermatite seborreica

Apresenta-se como lesões eritematosas, descamativas, com superfície às vezes amarelada, graxenta e até mesmo áreas com fissuras, localizadas principalmente no couro cabeludo, sobrancelhas, atrás das orelhas, nariz, podendo, entretanto, surgir no tronco, virilhas e ao redor do umbigo. Quando surge no couro cabeludo é chamada crosta láctea. Sua remoção é feita através de massagens suaves com óleo infantil e posterior lavagem dos cabelos.

## Dermatite das fraldas

Este termo é usado para descrever um processo inflamatório, com lesões avermelhadas na região das fraldas. Surge pelo contato prolongado da urina e das fezes com a pele, que se torna macerada, com microfissuras e coceira. Em muitos casos há infecção da pele por bactérias ou fungos (especialmente *Candida albicans*), o que acaba agravando o quadro.

O tratamento consiste em medidas de higiene local, ou seja, limpeza com sabonete neutro (apenas se houver presença de fezes, caso seja apenas urina deve-se evitar lavar a região em excesso, limpando-a apenas com água e algodão). Deve ser realizada também a troca constante das fraldas para manter a região seca. Muito importante é manter a região arejada sempre que possível. A aplicação de cremes contendo óxido de zinco serve como uma barreira protetora, evitando o contato das fezes e da urina com a pele. Este tipo de creme deve ser aplicado em camada espessa sempre que houver troca das fraldas. Caso haja candidose, associar um antifúngico tópico (nistatina, clotrimazol, miconazol). Em casos de infecção bacteriana o uso de antibióticos tópicos ou sistêmicos é necessário. O uso de cremes contendo corticoides deve ser evitado, pois pode haver risco de absorção sistêmica pela oclusão com a fralda, além dos efeitos colaterais tópicos. O pediatra deve estar informado do quadro e as pomadas devem ser prescritas por ele.

## AFECÇÕES DAS GLÂNDULAS SUDORÍPARAS

## Miliária (brotoeja)

Devido à imaturidade na diferenciação da epiderme e dos apêndices nos recém-nascidos, particularmente em prematuros, há neles uma alta incidência de retenção de suor, que corresponde à miliária. Esta se caracteriza clinicamente por vesículas (pequenas bolhas de água) e/ou pápulas eritematosas (diminutos pontos avermelhados), em geral acompanhadas por prurido (coceira). Tende a ser precipitada por ambiente quente e úmido, uso excessivo de roupas, exposições demoradas ao sol, banhos quentes prolongados, deitar o bebê diretamente sobre impermeável de plástico ou borracha, surtos febris e uso de substâncias químicas que contêm óleo. Sua maior incidência é nas primeiras semanas de vida, embora possa ser vista em qualquer idade. O tratamento consiste em evitar ambientes quentes e úmidos, usar roupas frescas e leves, de preferência de algodão, evitar roupas com tecidos quentes como náilon, dácron, tergal, sintéticos, lã. O banho deve ser morno/frio e a criança deve ser mantida em ambiente com ar-condicionado; caso este não esteja disponível, pode-se usar ventilador. Para alívio dos sintomas podem ser

usados: pasta d'água ou loção de calamina (Caladerm loção, Calamina composta).

Quando a miliária torna-se infectada por bactérias do tipo estafilococos, origina a periporite (abscesso sudorípario dos lactentes), caracterizada por minúsculas pústulas (pequenos pontos de pus) e nódulos eritematosos (caroços vermelhos) que tendem a drenar pus. O tratamento é feito com antibióticos sistêmicos. Esta patologia geralmente compromete recém-nascidos com defesa orgânica comprometida, como desnutrição. Os cuidados para sua prevenção são os mesmos da miliária.

## INFECÇÕES BACTERIANAS DA PELE

### Impetigo

Popularmente conhecido pelo nome "pereba", é infecção cutânea primária da pele, contagiosa, provocada por bactérias, que frequentemente estão em contato com a pele, aproveitando qualquer oportunidade para infectá-la. Há duas formas que predominam, uma com bolhas (impetigo bolhoso) e

outra com vesicocrostas (impetigo não bolhoso, sendo este o mais comum). No primeiro a bactéria responsável é o *Stafilococus aureus*, enquanto no segundo tipo encontram-se misturas de estafilococos e estreptococos. Geralmente surge após feridas, picadas de insetos, traumas, sobre problemas cutâneos anteriores, como escabiose (sarna) e eczemas (alergias). O impetigo geralmente surge na face, mãos, pescoço e extremidades. A infecção espalha-se rapidamente pela autoinoculação, através de dedos, toalhas ou roupas.

No impetigo bolhoso, há formação de bolhas, às vezes de grande tamanho, parecendo queimadura. No início apresenta líquido claro no seu interior, que posteriormente torna-se amarelado, turvo, purulento. Em torno desta lesão a pele está avermelhada e inflamada. Os locais mais acometidos são a face, o tronco e as extremidades. A criança pode apresentar febre alta até 40ºC, estar inquieta, agitada, chorosa e sem apetite, já que a lesão é dolorosa.

O outro tipo (impetigo não bolhoso) geralmente ocorre em crianças na fase pré-escolar, as lesões localizam-se principalmente nas pernas e depois que passam deixam cicatrizes mais ou menos circulares, de cor escura, difíceis de desaparecer.

Ambos são contagiosos, e a criança deve ter seus pertences (toalhas de banho, rosto, lençóis) separados. Frequentemente há autoinoculação, isto é, a criança, após tocar a lesão com os dedos, transmite a infecção para outras áreas do corpo.

O tratamento consiste em limpeza, podendo ser usados água e sabonete neutro, devendo ser repetida de duas a três vezes ao dia. Pode ser usada a clorexidina em todo o corpo. Quando há lesões extensas e disseminadas, é necessário o uso de antibióticos sistêmicos, como cefalexina, todos sob prescrição médica. O descuido no tratamento pode levar a ulcerações. Se os impetigos se tornarem de repetição pode ser usada a pomada de mupiricina embaixo do nariz, nas axilas e virilhas duas vezes ao dia por cinco dias em todos da casa. Este processo chama-se descolonização.

## Furúnculo

É provocado pela bactéria *Stafilococcus aureus*. Clinicamente é um abscesso que tem tendência a necrose central e supuração (formação de carnegão), ou seja, caroço avermelhado, quente, que posteriormente drena secreção contendo pus e

sangue. Em certas ocasiões não produz pus, nem estoura, permanece endurecido, produzindo nódulo grande e duro, que tende à evolução crônica, terminando por supurar ou regredir espontaneamente. Pode haver apenas uma lesão ou várias. Geralmente ocorre na face, atrás do pescoço, couro cabeludo, axilas, coxas, nádegas e períneo. O tratamento depende da área comprometida e do número de lesões. Compressas mornas devem ser feitas de três a quatro vezes ao dia, seguidas de cremes com antibióticos contendo bacitracina ou mupirocina. Caso existam numerosas lesões ou estejam localizadas em áreas mais delicadas, como a face, a administração de antibiótico sistêmico é obrigatória. Não é recomendado espremer a lesão, apenas o médico, caso seja necessário, fará a drenagem cirúrgica. O risco de contágio é alto. O aparecimento de furúnculos é mais comum em pacientes com diabetes, obesos, com imunodeficiência, em terapia com corticosteroides, portadores de escabiose, desnutridos, fazendo quimioterapia, que tenham trauma cutâneo local, como abrasões, cortes ou escoriações.

## Furunculose

É quando há multiplicidade ou recidiva dos furúnculos. É um problema que não deve ser menosprezado, já que pode levar a sérias complicações, inclusive sepse (infecção generalizada). Geralmente a criança apresenta várias lesões, acompanhadas de quadro febril, perda do apetite e irritabilidade. Neste caso, são necessárias alguma medidas: coleta do material purulento, análise laboratorial para identificação do germe e antibiograma (teste para determinar a sensibilidade aos antibióticos) e tratamento com antibiótico sistêmico apropriado. As roupas e os objetos de uso pessoal devem ser convenientemente limpos, e eventualmente desinfetados. As áreas do corpo que geralmente tornam-se úmidas devem ser mantidas secas, porque a secura inibe o crescimento de bactérias na pele. Para isso pode-se usar loções a base de álcool. Os familiares ou contactantes da criança devem ser investigados quanto à possibilidade de apresentarem alguma doença cutânea infectada ou mesmo ocular (conjuntivite purulenta), para que não representem risco de novo contágio para a criança. Alguns hábitos devem ser adquiridos até que os furúnculos desapareçam, como lavar as mãos com sabonete várias vezes ao dia. A bactéria causadora

desta patologia geralmente habita a parte anterior das narinas. É recomendado, então, o uso neste local de creme contendo bacitracina, mupirocina, ácido fusídico. Se mesmo com todas essas providências o problema persistir, há necessidade de uma investigação imunológica do paciente, que deve ser feita por um especialista (imunologista).

## Carbúnculo

Abscesso subcutâneo, resultante da confluência de múltiplos furúnculos ao mesmo tempo e no mesmo local, apresenta-se como área avermelhada, edemaciada (inchada), sobre a qual surgem vários pontos de drenagem de pus. O tratamento é idêntico ao do furúnculo.

## Abscesso cutâneo

Geralmente é um quadro agudo, de início rápido, provocado por bactérias, principalmente do tipo estreptococos ou estafilococos. Clinicamente a lesão é avermelhada, dura, com calor local (quente) e dolorosa. Posteriormente ela amolece e drena

secreção, mas caso isto não ocorra pode ser necessária pequena intervenção cirúrgica. A criança pode apresentar febre, calafrios, vômitos etc. O abscesso do bebê é sempre grave, devido à tendência do organismo a generalizar os processos infecciosos, resultando em complicações como meningites, sepse, por isso exige tratamento com medicação antibiótica sistêmica, geralmente derivados da penicilina. Para alérgicos a esta droga usa-se a cifalosporina ou sulfametoxazol + trimetropim. Os pais devem lembrar que o abscesso deve ser tratado no início, com antibiótico adequado, prescrito por médico.

## Celulite

Infecção aguda do tecido celular subcutâneo, com vermelhidão local, calor e edema, cujas bordas não são bem delimitadas. Mal-estar e febre em geral estão presentes. Os agentes etiológicos em geral são o *Staphilococcus* e o *Streptococcus*, hemolítico do grupo A, porém o *Haemophilus influenza* tipo B também pode ser responsável, especialmente nas crianças abaixo de dois anos. A criança deve ser examinada pelo médico o mais rápido possível, especialmente se a lesão for na face, pois há risco de abscesso e

trombose do seio cavernoso. O tratamento, dependendo da localização da lesão, consiste em antibioticoterapia sistêmica, por via oral ou intravenosa (na veia com internação hospitalar).

### Erisipela

Infecção cutânea, porém mais superficial que a celulite, apresenta-se com vermelhidão, edema e calor local; a borda da lesão é bem delimitada. Ocorre principalmente na face, nos braços e nas pernas, porém qualquer área corporal pode ser comprometida. Na maioria dos casos é provocada pelo *Streptococcus*, porém ocasionalmente o *Staphilococcus* também pode ser o agente etiológico. O tratamento consiste em antibioticoterapia sistêmica, específica para o agente etiológico.

Mais rara em crianças menores de dois anos.

## INFECÇÕES DA PELE CAUSADAS POR VÍRUS (DERMATOVIROSES)

Neste grupo as mais conhecidas são verrugas,

molusco contagioso e herpes.

## Verrugas

Conhecidas com o nome popular de “berrugas”. São provocadas por vírus do tipo papilomavírus humano (HPV), que provocam lesões elevadas na pele, ou seja, com superfície rugosa, apresentando pontinhos enegrecidos na superfície, que correspondem à oclusão do vaso pelo vírus. Apresentam morfologia variada dependendo da localização. Acometem principalmente crianças na idade escolar.

O período de incubação varia de um a seis meses, a transmissão é pelo contato de um indivíduo com outro ou ao estender-se na mesma pessoa de um ponto a outro (autoinoculação). Os locais mais acometidos são mãos, dedos, joelhos, planta dos pés (popularmente conhecida como “olho de peixe”, devido à pressão, cresce para dentro e pode provocar dificuldade para andar), palma das mãos, em torno das unhas ou no leito ungueal.

**Profilaxia:** Embora difícil, algumas medidas

devem ser tomadas. Assim, os portadores de verrugas na planta do pé (verrucose plantar) não devem frequentar piscinas ou qualquer tipo de banhos públicos, já que são lesões contagiosas. Outro conselho importante é o de não morder as verrugas da mão, hábito muito comum entre as crianças, pois isso pode acarretar o aparecimento de verrugas nos lábios e nas gengivas. Pelo mesmo motivo, isto é, possibilidade de disseminação, deve-se evitar que as partes comprometidas entrem em contato com tecidos sadios, evitando-se alisar ou passar as mãos e os dedos nas verrugas.

Embora 65% das verrugas possam ter involução espontânea ao longo de dois anos, é aconselhado seu tratamento, que varia dependendo do tipo e da localização.

Utilizam-se os seguintes métodos: curetagem e eletrocoagulação (exceto nas verrugas plantares); este procedimento é realizado pelo dermatologista, que após anestesia infiltrativa local (com injeção) cureta a verruga e coagula. O procedimento promove a erradicação das lesões. Criocirurgia, após anestesia com creme contendo prilocaína e xilocaína (Emla creme); direciona-se um jato de nitrogênio líquido sobre a verruga ou aplica-se com cotonete,

provocando uma queimadura pelo frio, que resulta posteriormente na queda da verruga. O laser de $CO_2$ tem o mesmo resultado da eletrocoagulação, porém apresenta custo muito elevado. Cauterização química (também realizada por dermatologista); geralmente aplica-se ácido nítrico fumegante nas lesões, uma vez por semana, até a erradicação do quadro. Este método dispensa anestesia. Também pode ser utilizado ácido tricloroacético a 90%, ou solução contendo cantaridina a 0,7%. Soluções de bleomicina 1mg/ml, em injeções locais na base da verruga, têm sido tentadas, porém o método é doloroso e os resultados são irregulares.

O tratamento ambulatorial, ou seja, em casa, pelos pais, pode ser realizado com cremes ou soluções contendo ácido salicílico, ácido lático (Duofilm, Verrux). Aplica-se essas soluções duas vezes ao dia (manhã e noite), protegendo a pele ao redor com vaselina ou cortando-se um buraquinho no esparadrapo no tamanho da verruga, de forma a cobrir a pele ao redor com o esparadrapo para protegê-la, posteriormente coloca-se a medicação e oclui-se com esparadrapo (sem buraquinho). A cada troca de curativo recomenda-se lixar a verruga. Imiquimod (Aldara) é indicado apenas para crianças

acima de 12 anos, apenas por recomendação médica, aprovado para verrugas perianais e genitais, embora o seu uso *off label* para verrugas vulgares tenha mostrado resultado bastante eficaz. Ácido retinoico a 0,05% a 0,1%, diariamente, é útil no tratamento das verrugas planas. Tintura de tuia (homeopatia), segundo alguns autores, pode dar bons resultados.

## Molusco contagioso

Causado pelo parapoxvírus, atinge exclusivamente a pele e excepcionalmente as mucosas. É adquirido por contato direto com outra criança ou adulto contaminado, piscinas ou através de objetos contaminados. Tende a ser mais frequente em crianças atópicas, isto é, que apresentam história de asma, rinite ou bronquite alérgica. A autoinoculação, com disseminação das lesões, é frequente, portanto a orientação é para que os pais não deixem as crianças manipularem as lesões. Complicações são raras, podendo ocorrer a impetiginação das lesões, isto é, contaminação por bactérias secundária ao hábito de coçar. O surgimento de área de eczema, avermelhada e pruriginosa, próximo ao local dos moluscos é frequente.

A lesão do molusco é uma bolinha da cor da pele, com brilho semitranslúcido e depressão central, assintomática; apenas se houver infecção associada será dolorosa. Geralmente ocorrem numerosas lesões, com preferência pelo tronco, região genital e membros. Seu tamanho pode ser variado, desde diminutas como a cabeça de um alfinete (lesões iniciais). Posteriormente tendem a crescer (média de 5mm), chegando a gigantes em imunodeprimidos.

O tratamento consiste na curetagem das lesões. Criocirurgia, aplicação de nitrogênio líquido, também é eficaz. Em ambos os procedimentos aplica-se uma hora antes creme anestésico contendo lidocaína-prilocaína (Emla pomada), o que minimiza o desconforto da criança. A aplicação de cantaridina nas lesões, seguida por oclusão com esparadrapo e lavagem da área com água e sabonete após trinta minutos, é uma excelente terapêutica, pois é indolor para a criança, embora em alguns casos possa ocorrer aparecimento de bolhinhas e vermelhidão local, o que não é complicação, e sim reação cutânea ao medicamento, com cura espontânea dentro de uma semana. Outro método consiste em pinçar as lesões com agulhas e espremê-las. Pode também ser utilizado ácido tricloroacético 30% a 50%.

Recomenda-se que os pais retornem ao consultório, caso haja recidiva das lesões, o que pode ocorrer no período entre duas a três semanas. Atualmente tem sido sugerido o uso de cimetidina via oral nas crianças que apresentam molusco, por um período de três meses. O uso do Imiquimod também é eficaz, porém limitado devido à irritação local.

## Herpes simples

Provocado pelo *Herpes virus hominis*, caracteriza-se pela presença de vesículas (pequenas bolhas) agrupadas, como se fossem um cacho de uva. A base da lesão é avermelhada e em geral há sensação de queimação ou ardência antes e durante o episódio. Essas vesículas tendem a secar em torno de cinco dias, formando pequenas crostas secas.

O período de incubação dura em torno de quatro a cinco dias. A primeira infecção pode ter, além das vesículas, presença de gânglios aumentados e dolorosos próximos à área afetada, acompanhada ou não de sintomas gerais como febre e prostração. Após a primoinfecção pode haver imunidade duradoura ou não, levando a infecções recorrentes.

A forma mais comum de primoinfecção em

crianças é a gengivoestomatite herpética, que pode ocorrer em qualquer idade, embora o pico de incidência seja entre dez meses e cinco anos. A criança em geral apresenta febre, mal-estar, irritabilidade e rejeita a alimentação. Há presença de gânglios ou "ínguas" aumentados de tamanho e febre. Após o período de incubação surgem as vesículas ao redor dos lábios, gengivas, palato duro ("céu da boca") e língua; após o rompimento das vesículas, formam-se áreas erosadas, ulceradas (aspecto de "carne viva"), com base avermelhada. Há edema (inchaço) das gengivas, que sangram facilmente. Halitose (mau hálito) é frequente, além de dificuldade para engolir. A febre cessa em torno de três a cinco dias, mas as lesões orais persistem por dez a catorze dias. A terapia nestes casos consiste em antitérmicos, soluções anestésicas com xilocaína para minimizar a dor e a ingestão de fluidos e antivirais sistêmicos (Aciclovir).

É doença contagiosa, e os locais mais comuns são áreas perto de orifícios, como ao redor dos lábios, narina, região genital; entretanto, pode ocorrer em qualquer área. Deve-se evitar o hábito de beijar as crianças na boca, para que não haja transmissão do vírus. Em pessoas já portadoras do vírus, a ativação e reaparecimento das lesões é favorecida por exposição

solar, frio intenso, estresse, febre, traumas, período menstrual. As lesões surgem na mesma área anteriormente comprometida, pois acredita-se que o vírus fica latente no nervo. Os episódios de recidiva diferem da primoinfecção por não apresentarem febre nem sintomas constitucionais.

O tratamento de lesões sintomáticas em geral requer uso de medicação sistêmica antiviral (Aciclovir, Valaciclovir ou Fanciclovir), além de limpeza da área com água e sabão. Atualmente é questionável o uso tópico de pomadas antivirais.

## Herpes-zóster

Provocado pelo vírus *Varicela zoster*, ocorre apenas naquelas pessoas que já foram infectadas por este vírus, ou seja, já tenham tido a varicela (catapora). Embora seja preferencialmente doença de adultos, pode ocorrer nas primeiras semanas de vida, presumivelmente em recém-nascidos cujas mães desenvolveram varicela na gestação.

Caracteriza-se por uma erupção papulo-vesicular sobre base eritematosa (bolinhas e pequenas bolhas sobre área avermelhada), seguindo o trajeto de um nervo. Em geral compromete apenas um lado do

corpo, não passando para o lado oposto; embora seja raro, isto pode ocorrer. Geralmente é precedida por desconforto, dor local, sensação de ardência, sintomas que persistem durante seu curso e após o desaparecimento das lesões. Pode atingir qualquer parte do corpo, mas é bastante frequente no tronco. Na linguagem popular tem sido chamada de "cobreiro". Lesões na ponta do nariz sugerem comprometimento ocular; deve-se imediatamente levar a criança ao oftalmologista devido ao risco de complicações oculares.

Devem-se tratar os sintomas, prevenir infecção secundária, através de limpeza das lesões com água e sabão, compressas com antissépticos, uso de antivirais sistêmicos (Aciclovir, valaciclovir, fanciclovir) e, em casos de comprometimento ocular, caso não haja contraindicações, associam-se corticosteroides.

## DERMATOZOONOSES

São doenças cutâneas provocadas por insetos, protozoários, vermes e celenterados, sejam parasitas ou não. As mais frequentes são: escabiose (sarna),

pediculose (piolhos), *larva migrans*, miíase (doenças provocadas por larvas de moscas).

## Escabiose (sarna)

Popularmente conhecida como sarna ou "já começa". É encontrada com relativa frequência na infância e provocada por um parasita (*Sarcoptes scabiei*) que penetra na pele e por ela caminha, formando verdadeiros túneis.

É extremamente contagiosa de pessoa para pessoa, ou por intermédio de animais domésticos. Existe possibilidade de contágio indireto por roupas ou objetos contaminados, embora saiba-se que o parasita morre após algumas horas quando fora da pele. O período de incubação é de três a quatro semanas, ou de um a dois dias nos casos de reinfecção.

As lesões típicas são túneis da cor da pele ou acinzentados, que apresentam trajeto sinuoso ou linear, em cuja extremidade encontra-se uma pequena vesícula (bolinha com conteúdo líquido) do tamanho da cabeça de um alfinete. As lesões coçam muito e devido ao ato de coçá-las surgem escoriações (arranhões). As lesões em crianças maiores e adultos localizam-se principalmente nas axilas, ao redor de

mamilos, umbigo, virilhas, entre os dedos das mãos, pés, punhos, nádegas e genitálias. Em bebês e crianças pequenas há lesões na face, pescoço, palmas das mãos, plantas dos pés, tronco e extremidades. Pode haver nódulos (caroços) avermelhados na bolsa escrotal e no pênis. A coceira é mais intensa à noite, devido à migração da fêmea na pele, provocando a postura dos ovos, isto devido ao calor do leito e cobertas. Por tal, deve-se desconfiar de sarna quando a criança se coça muito durante a noite.

Devem ser tratadas todas as pessoas contactantes. Mesmo após o tratamento pode haver persistência da coceira; isto ocorre devido à sensibilização da pele pelos produtos escabicidas e também devido à alergia ao parasita. As roupas pessoais, de cama e toalhas devem ser lavadas, de preferência colocadas para secar ao sol e passadas com ferro quente. Objetos que não possam ser lavados com água devem ser lavados a seco ou mantidos em saco plástico fechado por uma semana. As medicações devem ser aplicadas do pescoço para baixo em adultos e em crianças até dez anos; nas menores recomenda-se aplicação inclusive no couro cabeludo, com cuidado para não atingir olhos, nariz e boca. A medicação deve ser aplicada à noite, por um período de três noites consecutivas,

após o qual para uma semana e repete mais três noites. Deve ser removida na manhã seguinte, durante o banho, com água e sabonete. A mais usada é o monossulfiran (Tetmosol loção): apenas na hora do uso, deve-se diluir uma parte da droga para três a quatro partes iguais com água (para crianças) e duas a três partes com água (para adultos); estes não podem ingerir bebidas alcoólicas por até dez dias após o uso da medicação, por haver risco de tontura, mal-estar e sensação de morte. Pasta d'água com enxofre a 5% a 10% (manipulado) é útil para crianças pequenas e gestantes. A permetrina a 5% em creme é eficaz, devendo ser aplicada do pescoço para baixo, deixando agir na pele por oito a catorze horas, com posterior banho para sua remoção. Esta medicação pode ser repetida em uma semana. A permetrina não deve ser usada em crianças com menos de dois meses, gestantes ou mulheres amamentando. O benzoato de benzila atualmente está em desuso por causar frequentemente irritação na pele. É importante evitar o uso excessivo das medicações, pois pode haver dermatite de contato por irritante primário (alergia). Em relação a tratamento sistêmico, a ivermectina em dose única de 200μg/kg/dose para adultos e crianças acima de cinco anos é bastante eficaz. Não se deve

usar sabonetes escabicidas, pois são causadores de dermatites e ineficazes. Podem-se usar anti-histamínicos sistêmicos para alívio da coceira. Pode ser usada medicação oral como ivermectina para maiores de cinco anos ou com mais de quinze kg, em dose única, sendo uma medicação eficaz principalmente no controle dos contactantes. Todo o tratamento deverá ser realizado sob supervisão médica.

Os nódulos do pênis e da bolsa escrotal em geral necessitam de cremes com corticosteroides, pois são persistentes. Infecção secundária deve ser tratada com cremes ou pomadas com antibió-ticos ou, caso muito extensas, com antibióticos sistêmicos.

## Pediculose (piolho)

Causado por pequenos insetos parasitas do couro cabeludo (*Pediculus humanus capitis* — piolho da cabeça, também infesta pestanas e sobrancelhas), corpo (*Pediculus humanus corporis* — piolho do corpo) e região pubiana (*Phitirus pubis*). Destas a que predomina na criança é a pediculose do couro cabeludo, tendo se tornado mais frequente pelo hábito do uso de cabelos grandes. A transmissão

pode ser direta (de cabeça para cabeça) ou indireta (pelas roupas, bonés, pentes, escovas, travesseiros e cobertores). O piolho não tem asas, mas tem garras que o fazem andar. A fêmea, sugando o sangue, vive de duas a quatro semanas.

Afeta crianças, principalmente as de cabelos compridos. A coceira no couro cabeludo está sempre presente. Ao exame encontram-se lêndeas aderidas aos fios dos cabelos e piolhos no couro cabeludo. Pode haver, próximo às orelhas e pescoço, uma irritação da pele, e também presença de gânglios (ínguas) na parte posterior da cabeça e pescoço.

O tratamento em geral é eficaz, com xampu contendo permetrina a 1% (Kwell, Piolhol, Nedax) ou deltametrina (Deltacid), deixando agir por cinco minutos e enxaguando em seguida com água. Repetir o tratamento após uma semana. Para a retirada das lêndeas, pode-se fazer uma mistura com água morna e vinagre (diluído em 50%); aplica-se nos cabelos, nos quais deve-se passar pente fino para retirar as lêndeas manualmente. Na pediculose dos cílios pode-se usar vaselina, duas vezes ao dia, por oito dias, juntamente com remoção manual das lêndeas, e também óxido amarelo de mercúrio a 2%. Outra opção é o tratamento com ivermectina por via oral,

apenas nas crianças acima de cinco anos de idade e 15kg.

Profilaxia: as roupas de vestir e de cama devem ser lavadas com água quente ou a seco e passadas a ferro. Escovas e pentes devem ser lavados com água fervente, banhados em pediculocidas por quinze minutos ou em álcool por uma hora. Outra opção seria desprezar estes objetos e adquirir novos. Evitar contato com indivíduos infectados por piolhos, não compartilhar pentes, escovas, boné, chapéu, toalhas. A mobília da casa/escola deve ser aspirada. Objetos que não possam ser lavados devem ser colocados em saco plástico e mantidos fechados por duas semanas.

## *Larva migrans*

Também conhecida como "bicho geográfico" ou "bicho de praia". A forma clínica mais comum é caracterizada por bolinhas vermelhas que se juntam formando lesões de aspecto sinuo-so, serpiginoso, ligeiramente elevado, com coceira muito forte. Aparece em áreas da pele que entram em contato com o solo, nádegas, pés, mãos, coxas. É provocada pelo contato com larvas de ancilostomas de animais (cão e gato), ou seja, há a introdução de uma larva, que

caminha por debaixo da pele, avançando um a dois milímetros ao dia, descrevendo verdadeiros túneis. A fonte de infecção é a terra de quintais, praia, jardins contaminadas com fezes de cão e gato. O período de incubação pode ser prolongado, de semanas a meses. Pode haver dor local e contaminação por bactérias.

Opções de tratamento para poucas lesões: crioterapia, aplicação de pomada de tiabendazol (Foldan, Thiabena), quatro vezes ao dia, por duas semanas. Caso haja muitas lesões, o uso de albendazol, tiabendazol ou ivermectina são preferidos.

A profilaxia é importante, proibindo-se cães e gatos nas praias, evitando-se que a criança brinque em terrenos baldios, além de orientar o uso de sapatos.

## Berne

Causado pela inoculação de larvas de um inseto (*Dermatobia hominis*) e transmitido por moscas varejeiras ou mosquitos que atacam seres humanos e animais domésticos. Geralmente ocorre em regiões tropicais, quentes.

As lesões assemelham-se a furúnculos, podendo ser apenas um nódulo (caroço) ou vários, diferenciando-

se do furúnculo pela evolução mais lenta e a substituição do carnegão por um pequeno orifício, através do qual a larva respira. Esta chega a sobreviver na pele cerca de um mês ou mais. A dor é variável, em geral há a sensação de ferroada. O berne pode atingir qualquer área do corpo.

O tratamento consiste na remoção da larva por meio cirúrgico ou fechando a lesão por algumas horas com esparadrapo, pois a larva, devido à necessidade de respirar, surgirá no orifício, podendo ser retirada com auxílio de pinça. Após a sua remoção, a lesão involui. Caso ocorra infecção secundária é recomendado o uso de antibióticos.

A profilaxia consiste em usar repelentes e manter ferimentos fechados, evitando que os insetos pousem nestes locais.

## DOENÇAS DA PELE DE ORIGEM ALÉRGICA

Alergia significa uma alteração individual na resposta ao antígeno. As reações alérgicas podem ser de quatro tipos: reação tipo I (anafilática), tipo II (reação

citotóxica), tipo III (imunocomplexa) e tipo IV (reação retardada).

A reação tipo I inclui a urticária, o angioedema (inchaço de lábios, olhos), a anafilaxia, a febre do feno e a asma. A reação tipo II compreende o pênfigo, a doença hemolítica do recém-nascido e as reações após transfusões sanguíneas. A reação tipo III representa as reações de imunocomplexo, inclui a doença do soro, vasculite e glomerulonefrite, entre outros. Por último, a reação tipo IV, de hipersensibilidade retardada, tem como exemplos a dermatite de contato, o teste de tuberculina (PPD), erupções devido a drogas, doença enxerto *versus* hospedeiro.

## Edema angioneurótico (edema de Quincke ou urticária gigante)

Caracteriza-se por placas edemaciadas não dolorosas, transitórias, na pele (subcutâneo) ou mucosas de várias partes do corpo. Existem dois tipos, o hereditário (em que há tendência familiar) e o esporádico (acidental ou angioedema adquirido).

A forma hereditária é rara, caracteriza-se por episódio de edema do tecido subcutâneo,

especialmente das mãos, pés, face, trato gastrointestinal e sistema respiratório. Não há coceira, nem eritema (vermelho local), o edema evolui muito rápido, é assimétrico (de um só lado), autolimitado, dura de doze a 72 horas e é não depressível (não forma área deprimida ao apertar). Pode atingir a laringe, provocando edema de glote, com perigo de vida, devido a asfixia; neste caso deve haver aplicação imediata de solução aquosa milisemal de adrenalina na dose de 0,5ml (1/2cc), subcutânea. As substâncias que parecem ser mais efetivas são os derivados androgênicos, como o danazol. Anti-histamínicos e corticosteroides não são eficazes no tratamento destes pacientes.

A forma esporádica ocorre como urticária simples, alérgica, causada geralmente por medicamentos, alimentos ou estados de tensão emocional. A lesão pode ser única (o que é mais comum) ou múltipla. Não há relato de dor, nem de coceira. A pele que cobre não fica quente, nem apresenta modificação de cor. As lesões isoladas persistem de um a três dias, desaparecendo sem deixar marcas. As áreas mais atingidas são a face (lábios e pálpebras), as mãos, os pés e os órgãos genitais. É incomum o comprometimento da laringe nesta forma.

## Urticária

É uma manifestação alérgica que acomete de 10% a 14% das crianças, apresentando-se de diversas formas na infância. Entre todas, as mais conhecidas são as placas de coloração avermelhada, salientes, quentes, fugazes, e que mudam constantemente de lugar na pele, ressurgindo em outras localizações e desaparecendo sem deixar vestígios. As placas de urticária apresentam tamanho variável, podendo às vezes se juntar e formar uma grande lesão (urticária gigante); neste caso, devido à compressão dos vasos, o centro pode ficar claro. O edema pode ser tão grande que forma bolha (urticária bolhosa). Os limites das placas são irregulares e mais elevados que a pele sã vizinha. A coceira está presente, podendo ser intensa. A duração é de oito a doze horas, mas o ataque pode durar dias ou até semanas. Caso persista por mais de seis semanas, é crônica. As causas mais comuns de urticária aguda na infância são por infecção viral, bacteriana, alimentos como nozes, chocolates, amendoim, frutos do mar e remédios (penicilina, cefalosporina, sulfa, anticonvulsivante, tetraciclinas, minociclina, ácido acetilsalicílico). Mais de 80% dos casos de urticária crônica são idiopáticos (sem causa

conhecida); entretanto, devem ser pesquisados aditivos em alimentos, remédios, imunizações, picadas de insetos, doenças autoimunes e alérgenos inalantes ou contactantes. Mas vale ressaltar que quase 50% das urticárias são de causa virais.

A seguir uma breve lista de causas mais frequentes de urticária:

Alimentos: peixe, camarão, mariscos, ovo (principalmente a clara), trigo, frutas ácidas, morango, chocolate, feijão, cogumelos, nozes, tomates, alimentos com corantes amarelos (tartrazina), conservantes de alimentos (como azocorantes, derivados do ácido benzoico e do ácido cítrico).

Medicamentos: aspirina, indometacina, antibióticos (penicilina, sulfa, tetraciclina, cloranfenicol), vitamina B12, iodo, salicilatos, hormônios, laxantes, diuréticos, opiáceos, barbitúricos, arsenicais, codeína, anfetamina, atropina, anti-inflamatórios não hormonais e outros.

Bactérias, vírus, fungos e parasitas: amigdalites, otites, sinusites, broncopneumonias, granulomas dentários, infecção gastrointestinal, mononucleose, vacina antivariólica, hepatite B, micoses, giardíase, tricomoníase, filariose, esquistossomose,

estrongiloidíase e outros.

Insetos: picadas de abelhas, picadas constantes de mosquito e pulgas acarretam forma crônica chamada urticária papular, líquen urticado, de difícil tratamento.

Agentes físicos: sol, calor, frio, lã, seda, náilon, pressão etc.

Origem psicogênica: crianças emotivas, instáveis, atemorizadas.

Inalantes: inseticidas, poeira, pólen, penas, cosméticos (perfumes, pó, desodorantes, desinfetantes e outros produtos voláteis).

**Tratamento.** Em primeiro lugar procurar encontrar a causa desencadeante e afastá-la. Em seguida verificar se a urticária é aguda ou crônica (acima de seis semanas).

Na urticária aguda, pode ser administrado anti-histamínico, por via oral. A dose deve ser estimada com cautela, porque certas crianças podem, mesmo nas doses aconselhadas da bula, apresentar uma sonolência exagerada. O anti-histamínico promove um alívio de cerca de 80% dos pacientes, mas seu uso não deve ser interrompido prematuramente. Em

casos disseminados pode ser necessário associar, corticosteroides, sob orientação médica, com doses gradativamente reduzidas. Nos casos graves a adrenalina diluída 1/1.000, via subcutânea (0,5ml) ou até mesmo intravenosa, é eficaz. Nos casos de reexposição ao agente causal (por exemplo picada de abelha) e possibilidade de choque anafilático, existe um autoinjetor de adrenalina (EpiPen).

A urticária crônica pode ser tratada com corticosteroides associados a anti-histamínicos; estes às vezes são necessários até dois meses após o desaparecimento dos sintomas. Na urticária crônica pode ser necessário o uso de anti-histamínicos bloqueadores H2 (fenoxfenadina, ceterizina, entre outros) associados a bloqueadores H1.

## Estrófulo

Também denominado de urticária infantil ou dermatose pruriginosa, é uma reação de hipersensibilidade a diversos agentes, sendo frequente nas crianças, principalmente nas alérgicas entre seis meses e três anos. Apresenta-se por surtos, com pequenas bolinhas do tamanho da cabeça de um alfinete (pápulas), endurecidas, acompanhadas de

coceira, comprometendo todo o corpo, sendo a face a área menos atingida. As pápulas podem estar encimadas por pequenas bolinhas com conteúdo líquido no seu interior. Essas lesões devido a intensa coceira podem infectar, originando os impetigos ou outras infecções purulentas da pele. Diferente da urticária comum, na qual as lesões desaparecem em horas, as lesões do prurigo estrófulo podem durar no mesmo local cerca de uma semana, e ocorrem principalmente em áreas expostas (braços, pernas, face).

## Causa mais provável

Picada de inseto (mosquitos, pulgas, percevejos, piolhos de animais domésticos) é a causa mais frequente.

**Tratamento.** A medicação utilizada é anti-histamínico (antialérgico), por via oral, para tratar os sintomas, em doses específicas, dependendo do peso da criança. Pode ser usada pomada de corticoide de baixa potência como dexametasona 0,1% por um curto período (em torno de três dias) de tempo. Caso haja infecção secundária há necessidade do uso de antibióticos.

Em casos de etiologia devido à picada de insetos, deve-se combatê-los com inseticidas, repelentes ou uso de mosquiteiros. Com o passar do tempo ocorre uma dessensibilização específica natural devido às repetidas picadas de inseto. Tratar os animais domésticos para eliminar piolhos e pulgas ajuda a reduzir os surtos. O uso de vacinas contendo alérgenos de insetos é de ótima eficácia em maiores de dois anos e em pacientes com histórico familiar positivo.

Em relação aos repelentes de insetos, o Exposis é o mais eficaz. Tem amplo espectro de ação contra mosquitos, moscas, pulgas, carrapatos. O repelente não deve ser aplicado em crianças com menos de dois meses de idade. A quantidade a ser aplicada deve ser o suficiente para cobrir a pele, não se deve usar em excesso. O repelente deve ser colocado apenas nas áreas descobertas, evitando a face devido ao contato com os olhos e boca. Em crianças pequenas não aplique o repelente nas mãos, devido ao risco de colocarem a mão na boca. Nunca usar em pele com feridas, traumas ou infectada. Não use produtos combinados, ou seja, repelente associado a filtro solar, pois a forma de aplicação de ambos é diferente, havendo o risco de diminuição da eficácia do filtro

solar ou do uso excessivo de repelentes.

## Eczema — também denominado dermatite

É muito frequente na infância e ocorre por diversas causas internas ou externas. Pode ser agudo, subagudo ou crônico. Existem diversos tipos, serão comentados os mais comuns:

**1) Eczema ou dermatite atópica:** é uma doença crônica, recidivante, inflamatória, pruriginosa (com coceira), com início durante os primeiros seis meses de vida. O fator genético é sugerido pelo surgimento de dermatite atópica em 75% dos gêmeos idênticos e pela alta probabilidade quando um dos pais ou ambos são atópicos.

Geralmente associa-se com asma, bronquite ou rinite alérgica. Nestas crianças há uma maior suscetibilidade a infecções bacterianas, fúngicas e virais (verrugas e molusco contagioso). A pele da criança atópica é extremamente seca, levando à piora do quadro no inverno, devido ao tempo seco, frio e constantes banhos mornos. As manifestações clínicas

variam dependendo da idade da criança. Até os seis meses as lesões predominam nas bochechas, fronte, couro cabeludo, e depois se estendem para tronco e extremidades. Alguns fatores, como dentição, processos infecciosos, distúrbios emocionais, mudança de temperatura, vacinações e antígenos alimentares, podem agravar ou desencadear as crises de dermatite atópica. As áreas comprometidas coçam muito, as lesões são avermelhadas, com tendência exsudativa ("de minar água") e até mesmo formação de crostas. Entre oito e dez meses, há comprometimento das superfícies extensoras dos membros, isto é, joelhos, coxas e cotovelos, com lesões avermelhadas, coceira, escoriações e secura cutânea. As lesões de atopia poupam as virilhas e áreas das fraldas. Pode haver associação com dermatite seborreica. Em crianças a partir de um ano, as lesões são geralmente placas avermelhadas, arredondadas, especialmente na face, no tronco e nas extremidades. Na adolescência, as lesões tendem a ser mais discretas, ocorrem principalmente nas dobras dos cotovelos e joelhos, atenuando com o passar dos anos.

Hipopigmentação pós-inflamatória, isto é, lesões com coloração mais clara que a pele normal, pode ser

vista especialmente durante os meses de verão. Em pessoas morenas também podem surgir áreas de hiperpigmentação (cor mais escura que a pele normal). Devido à coceira intensa é frequente a presença de escoriações, o que pode levar a processos infecciosos, bacterianos, virais e fúngicos. São observadas com frequência bolinhas nos braços, nas coxas, nas nádegas e no tronco, dando um aspecto de pele áspera, arrepiada como se fosse "pele de ganso"; estas compreendem a ceratose pilar. Outros achados comuns na atopia são: dermografismo branco, palidez ao redor dos lábios, dupla prega infraorbitária (nas pálpebras inferiores), espessamento da pele no centro do lábio superior (marcador clássico da dermatite atópica), olheiras (coloração acinzentada nas pálpebras), prega nasal pronunciada pelo hábito de esfregar o nariz, maior número de linhas nas palmas das mãos e plantas dos pés, ceratoconjuntivite alérgica, catarata subcapsular posterior.

A dermatite atópica prevalente na infância cursa com coceira, levando às vezes à perda do sono, portanto o controle da dermatite é a chave para melhorar a qualidade de vida destas crianças. A terapêutica consiste em redução da secura da pele e da coceira, com medidas como: dar preferência a

sabonetes com pouco detergente como o Dove ou sabonetes sem sabão (Lipikar Surgras ou Cold Cream sabonete ou gel de limpeza), usá-los em pouca quantidades, apenas nas áreas genitais, axilas, face e pés, nunca usar buchas ou esponjas. Em casos de pele extremamente seca, pode-se substituir o sabonete por loções hidrofílicas de limpeza (Cetaphyl loção). Os banhos devem ser com água fria, pois a água quente ou morna tende a ressecar a pele. A hidratação frequente da pele com cremes várias vezes ao dia, evitando que esta fique seca, é muito importante. Vários hidratantes podem ser utilizados, como Fisiogel, Cetaphil, Neutrogena Body Care e Nívea pele extrasseca, entre outros. Roupas sintéticas e de lã, que tendem a precipitar a coceira, devem ser evitadas. Deve-se dar preferência a tecidos de algodão e roupas folgadas. Às vezes é necessário o uso de cremes contendo corticosteroides; estes devem ser prescritos por médico e usados conforme orientação. Cuidado importante é a sua aplicação após o banho, momento em que a pele encontra-se úmida, com maior tendência à absorção. Caso haja infecção associada pode ser necessário o uso de antibióticos. O hábito de fumar em casa pelos pais ou contactantes da criança deve ser abolido, visto que precipita surtos

de coceira na criança e pode aumentar a tendência para o desenvolvimento de asma. Também devem ser evitados animais de estimação com pelos e penas, devido ao seu potencial alergizante. De preferência usar fralda de pano para as compressas ou tecidos de algodão; gazes e algodão devem ser evitados, pois tendem a aderir à pele e causar irritação.

Para alguns médicos deve haver uma restrição dietética para os seguintes alimentos: chocolate, nozes, leite de vaca, soja, tomate, ovos, trigo, peixes, até que o quadro esteja sob controle, pois essas substâncias podem exacerbar a dermatite preexistente. A dieta deve ser feita após a realização de exame de sangue para avaliar a sensibilização a cada alimento. Entretanto, deve ser lembrado que a restrição dietética pode causar perda de peso, deficiência de cálcio, hipovitaminose, outras alterações nutricionais. A reatividade das crianças com alérgenos do ar aumenta com a idade. Os aeroalérgenos mais comuns são ácaros, pólen, mofo, pelos de animais. A casa deve ser mantida limpa. Cortinas, tapetes e carpetes devem ser evitados. A poeira deve ser aspirada e as janelas devem ser abertas, deixando o sol penetrar nos aposentos.

Os imunomoduladores ou inibidores tópicos da

calcineurina compreendem uma nova modalidade terapêutica, evitando os efeitos colaterais indesejáveis do corticoide e promovendo diminuição do processo inflamatório e da coceira, sendo uma alternativa segura para a substituição ou diminuição do uso dos corticosteroides. As substâncias são pimecrolimus a 1% (Elidel creme) e tacrolimus 0,03% e 0,1% (Protopic pomada). Ambos são eficazes no controle em curto e longo prazo da dermatite atópica, melhorando o controle global da doença, limitando as crises que exigiam o uso de corticosteroides e os dias de tratamento com este tipo de substância. Ambos são seguros quando aplicados na face, no pescoço e em áreas de dobras. Não há relatos de efeitos colaterais nos olhos quando prescritos para usar nas pálpebras. Pode ocorrer uma leve sensação de pinicação nas primeiras aplicações destas substâncias, o que pode ser minimizado se seu uso for associado a corticoides tópicos ou hidratantes.

## Orientações gerais na dermatite atópica

**a)** Evitar ambientes muito secos ou muito úmidos.

**b)** Evitar lavagem repetida das mãos, banhos frequentes e estresse.

**c)** Usar roupas de algodão. Evitar uso de roupas sintéticas e de lã.

**d)** Usar cremes hidratantes várias vezes ao dia, especialmente após o banho (nos três primeiros minutos após a saída do banho, pois ainda não houve a evaporação da água). Quanto mais oleoso e espesso o hidratante, melhor para a criança. O hidratante deve ser passado em todo o corpo e reaplicado sempre que a pele estiver seca.

**e)** O banho deve ser de prefência frio, com duração de no máximo cinco minutos. O uso do sabonete deve ser limitado a axilas, região genital e rosto.

**f)** Preferir sabonete com hidratante (Dove, Neutrogena fórmula original) ou sabonete sem sabão (Lipikar Surgras ou Cold Cream sabonete ou gel para banho).

**g)** Evitar banho de espuma em banheiras.

**h)** A dieta tem papel importante na infância, principalmente em crianças com doença de difícil controle.

**i)** Quando necessário usar corticosteroides tópicos, preferindo os de baixa potência, em áreas de

dobras, por pouco período de tempo, fina camada, duas vezes ao dia, sem ocluir. Caso seja necessário estender o prazo de aplicação, pode-se misturar o corticoide com um hidratante, em partes iguais. Não usar por tempo prolongado, devido ao risco de atrofia cutânea, telangiectasias, estrias, taquifilaxia, absorção sistêmica, infecções por fungos e bactérias.

**j)** Corticosteroides sistêmicos podem ser usados em casos graves; atenção para contraindicações e efeitos colaterais.

**k)** Nos casos com prurido intenso pode-se associar anti-histamínicos, como: dexclorfeniramina, hidroxizine ou outros.

**2) Eczema ou dermatite seborreica:** erupção que ocorre nas áreas seborreicas, isto é, com altas concentrações de glândulas sebáceas: face, glabela, nariz, couro cabeludo, região pré-esternal e áreas intertriginosas. Pode começar nos primeiros dias de vida. Ao nascimento manifesta-se como crosta láctea (comumente conhecida como capuz do bebê). São lesões crostosas, amarelo-avermelhadas, de aspecto gorduroso, aderentes ao couro cabeludo, com discreto prurido (coceira). Pode haver também

vermelhidão, fissuras e descamação atrás das orelhas. Na face, as lesões comprometem as sobrancelhas, os cílios e as asas do nariz. Também podem ocorrer nas áreas de dobras. O tratamento depende da área comprometida, no couro cabeludo devem ser usados xampus com cetoconazol a 2% (Cetonil, Cetonax, Arcolan), enxofre e ácido salicílico ou piritionato de zinco a 2%. Caso muito extenso, o uso de loções contendo corticosteroides é extremamente útil. Na face e em outras regiões podem-se usar cremes contendo cetoconazol e corticosteroides. Em caso de blefarite, deve-se fazer compressa com água morna, limpeza com xampu infantil, massageando suavemente até a retirada das crostas. Caso necessário podem ser utilizados tópicos contendo inibidores da calcineurina, pois não há os efeitos colaterais possíveis dos corticosteroides.

**3) Eczema ou dermatite de contato:** ocorre em qualquer idade. Pode ser de dois tipos: Dermatite de contato por irritante primário — ocorre por substâncias alcalinas ou ácidas que entram em contato com a pele, como detergentes, urina e fezes (dermatite das fraldas), produzindo apenas irritação local. Clinicamente há lesões avermelhadas, vesículas

(pequenas bolhas), bolhas e descamação, acompanhadas ou não por coceira, que em geral é discreta. As lesões existem apenas nos locais onde houve contato com a substância. A dermatite das fraldas caracteriza-se por pele avermelhada, pequenas bolhas, áreas desnudas (erosadas) na região inguinal, genital, raiz das coxas, porém as dobras são sempre poupadas. O processo ocorre pelo contato demorado com fezes e urina (demora na troca das fraldas), alergia de contato aos componentes da fralda, sabões e detergentes utilizados na lavagem das fraldas. O tratamento consiste em uso de pomadas contendo nistatina e óxido de zinco (Dermodex pomada), vitaminas A e D (Proderm creme, Hipoglós pomada), medidas antissépticas e retirada das fraldas por alguns dias.

Dermatite de contato alérgica envolve mecanismo imunológico. Os agentes mais comuns desencadeantes deste processo são: anilina, procaína, sulfa, metais, níquel, mercúrio, penicilina, cloranfenicol, azocorantes, borrachas e derivados, objetos plásticos, plantas como aroeira, cajueiro, mangueira e outros. As lesões na fase aguda tendem a ser avermelhadas, edemaciadas, com prurido (coceira), podendo haver inclusive bolhas. Nas fases

subaguda e crônica, há persistência do prurido, porém as lesões são mais secas, com tendência à descamação e formação de crostas. O tratamento depende da fase; caso haja bolhas deve-se realizar compressas com permanganato de potássio, diluindo-se um comprimido do permanganato para no mínimo cinco litros com água, três a quatro vezes ao dia, com duração de quinze a vinte minutos, até as bolhas secarem (cerca de 24 a 48 horas). Na fase subaguda, em que há o processo de transição da fase aguda para a crônica, deve-se utilizar pasta d'água ou cremes contendo corticosteroides, enquanto na fase crônica, período em que a pele apresenta-se seca, o uso dos corticosteroides é preferível em pomada, pois esta é mais oleosa e será mais eficaz. Em casos muito graves ou generalizados, pode ser necessário o uso de corticosteroides por via sistêmica. Os corticosteroides só devem ser usados com prescrição e orientação médica, pois podem surgir efeitos adversos.

## MALFORMAÇÕES VASCULARES NA INFÂNCIA

## Hemangioma

É um tumor benigno formado pela multiplicação dos vasos sanguíneos. Ocorre em cerca de 1% a 2% dos recém-nascidos, sendo mais comum em meninas. Sua incidência aumenta em prematuros. As áreas mais afetadas são a face e o pescoço, embora possa existir em qualquer área corporal. Pode ser superficial, profundo ou misto (coexistência de comprometimento superficial e profundo na mesma lesão).

O mais comum é o hemangioma plano, que ocorre devido à dilatação dos vasos, formando um agrupamento de pequenos pontos vermelhos, com limites bem definidos e tamanhos variados, que desaparecem quando há compressão. Também chamado de hemangioma capilar, "mancha vinho do porto" ou "mancha salmão". Quando ocorrem na nuca (hemangioma plano occipital), a resolução espontânea é vista em 50% dos casos. Desde que sejam assintomáticos e cobertos por cabelos, não apresentam problemas estéticos. No encontro do nariz com a testa ou na pálpebra superior, representa a "mancha salmão" (devido à coloração cor de salmão), popularmente conhecida como "bicada da

cegonha" ou "beijo de anjo". Estas manchas, na maioria dos casos, não requerem tratamento e desaparecem espontaneamente no primeiro ano de vida. Caso não desapareçam pode ser realizado tratamento com luz intensa pulsada (IPL) ou laser, posteriormente. No caso da "mancha vinho do porto", também chamada nevus flameus, o hemangioma é permanente. Embora não aumente de tamanho, pode apresentar posteriormente, na superfície, um aspecto verrugoso. Neste caso, o tratamento proposto é o laser.

Outro tipo comum de hemangioma é denominado "marca do morango", porque o tumor se assemelha a um morango. Apresenta-se em 10% dos bebês, e é mais frequente no sexo feminino, sendo a face e o pescoço os locais em que mais aparecem. Tem incidência maior em bebês prematuros, com peso abaixo de 1.500g. Geralmente é muito pequeno no recém-nascido, de forma que passa despercebido, porém cresce rapidamente, atingindo o maior tamanho em seis meses. Quase sem exceção, este crescimento rápido significa que a marca desaparecerá logo. A modificação da cor para vermelho-escuro e o aparecimento de pequenos pontos cinzentos são sinais de que a marca está em

regressão.

Existe um tipo de hemangioma que não se encontra aparente na pele (visível), ele é apenas reconhecido pela palpação ou surgimento de massa de tonalidade azulada por baixo da pele. É o hemangioma cavernoso: neste a tendência a desaparecer espontaneamente, completa ou parcialmente, é vista em 90% dos casos.

A intervenção cirúrgica está indicada caso o hemangioma adquira um volume muito grande, em local em que o traumatismo (machucado) possa levar a sangramento, ou caso esteja prejudicando alguma função fisiológica. A intervenção será decidida pelo pediatra. O tratamento alternativo com cortisona, crioterapia (nitrogênio líquido) e laser tem obtido bons resultados, embora não plenamente satisfatórios.

## MICOSES DA PELE

Os cogumelos ou fungos são os responsáveis por este grupo e provocam inúmeras lesões. As micoses podem ser divididas em superficiais ou profundas. As

primeiras estão limitadas a pele, cabelos, unhas e membranas mucosas. Nas micoses profundas há comprometimento de outros órgãos do corpo e elas invadem a pele por contato direto ou disseminação sanguínea. A seguir serão sumarizadas as micoses superficiais.

## Pitiríase versicolor

Também conhecida como "pano branco", "acromia parasitária" ou "micose de praia". Caracteriza-se por manchas geralmente brancas, embora algumas vezes possam ser amarronzadas ou acastanhadas, localizadas principalmente na face, no tronco e na parte superior dos braços. Fator importante no diagnóstico é que pela distensão da pele próxima à lesão ocorrerá uma leve descamação na mancha, o que representa a atividade do fungo. É provocada por um fungo chamado *Malassesia furfur*, que reside normalmente na pele, porém tende a se manifestar caso haja fatores predisponentes, como calor, umidade, aumento da oleosidade da pele, como por exemplo por uso de hidratante e protetor solar que contenham óleo. Tende a surgir especialmente no verão, devido ao tempo quente e

úmido. Seu tratamento é baseado no uso de sabonetes contendo enxofre e ácido salicílico (Salisoap, Dermax, Sastid), que devem ser usados no banho massageando a pele com uma bucha vegetal, uma vez ao dia, por um mês. Além disso, recomenda-se o uso de xampus contendo ácido salicílico e enxofre (Salisoap xampu), zinco (xampu de piritionato de zinco a 1% ou 2%) ou cetoconazol (Cetonil, Cetonax, Arcolan, Capel), devido à presença do fungo no couro cabeludo. Também podem ser usados antifúngicos tópicos como: nitrato de isoconazol creme ou spray (Icaden spray ou creme), duas vezes ao dia, por uma semana, ou cremes com cetoconazol (Cetonil, Cetonax creme), duas vezes ao dia, por duas semanas, ou outros antifúngicos. É frequente haver recidiva, pela predisposição individual, por isso recomenda-se um tratamento de manutenção. Após o tratamento podem persistir manchas brancas, porém sem a descamação. A coloração da pele só voltará ao normal após lentas e progressivas exposições ao sol. Deve ser diferenciada do vitiligo, da pitiríase alba (eczemátide) que ocorre como manifestação da dermatite atópica, além de sinais de natureza congênita (nevus anêmico e hipocrômico), que tornam-se mais evidentes no

verão devido à maior incidência de raios solares.

## Dermatofitoses ou tinhas (*tineas*)

São causadas por fungos que habitam o solo, animais domésticos ou silvestres, ou o próprio homem. Podem acometer o couro cabeludo (*tinea caputis* ou tinha do couro cabeludo), a pele do corpo (*tinea corporis*), pés (*tinea pedis*), mãos (*tinea manuum*), virilhas (*tinea cruris* ou *inguinal* ) e as unhas (onicomicoses). São contagiosas, tanto pelo contato direto com as lesões como também por objetos contaminados pelos fungos. Podem se espalhar para outras áreas do corpo no mesmo indivíduo ou de uma pessoa para outra.

A *tinea caputis* é a dermatofitose mais comum nas crianças, ocorrendo principalmente entre três e sete anos. Caracteriza-se por áreas com descamação, ausência de pelos, lesão única ou múltipla, alguns pontos avermelhados e até mesmo pus e crostas, dependendo do fungo em couro cabeludo. O tratamento é feito com antifúngicos sistêmicos: griseofulvina, terbinafina, itraconazol ou cetoconazol, até a cura clínica e cultura negativa. Concomitante terapia com xampus contendo cetoconazol a 2% ou

sulfeto de selênio a 2,5% deve ser prescrita para o paciente e familiares. Utensílios como pentes, escovas e bonés devem ser desprezados, não devendo ser compartilhados para evitar contaminação.

***Tinea corporis*:** compromete braços, pernas, face, pescoço, qualquer região do corpo. Pode ser vista em qualquer idade. As lesões são arredondadas, a coloração é avermelhada, com crescimento do centro para a periferia (centrífugo). A periferia apresenta-se bastante avermelhada, podendo ter pequenas bolhas e superfície discretamente elevada. Pode ser uma ou várias lesões e a presença da coceira é uma constante. É popularmente conhecida como "impingem". O tratamento é com antifúngicos tópicos (derivados imidazólicos: Icaden, Tralen; ciclopiroxolamina: Loprox; terbinafina: Lamisil), por duas a quatro semanas.

Nos pés, também são conhecidas com o nome de "frieiras" ou "pé de atleta". Manifestam-se como áreas avermelhadas, com descamação, às vezes presença de pequenas bolhas, nas plantas dos pés (*tinea pedis*), e também como áreas esbranquiçadas, fissuradas, maceradas, com aspecto umedecido entre os dedos dos pés (*tinea interdigital*). Ambas apresentam coceira

associada, podendo levar ao aparecimento de odor nos pés. Tendem a ser mais comuns com o uso de sapatos fechados, sem meias. São relativamente incomuns em crianças pequenas. O tratamento consiste em antifúngicos tópicos. Outras medidas, como usar sapatos com meias de algodão, mudança diária de sapatos, expô-los ao sol e ambientes ventilados, secar bem entre os dedos dos pés, também são necessárias.

As lesões das mãos (*tinea manuum*) assemelham-se às dos pés, e também são incomuns em crianças pequenas. O tratamento é com antifúngicos tópicos.

Nas virilhas, as lesões são bilaterais, eritematosas (avermelhadas), descamativas, pruriginosas, a periferia é bem delimitada. As lesões podem se estender para raízes das coxas, períneo, região anal e genital. Ocorrem na maioria das vezes por persistência de roupas molhadas, úmidas, apertadas e, em obesos, por manter a área das virilhas quente e úmida. É mais comum em adolescentes. O tratamento é semelhante aos anteriores.

Quando há comprometimento extenso ou lesões disseminadas, em quaisquer dos tipos, há necessidade de antifúngico por via oral com resultados satisfatórios.

Onicomicoses são raras na infância, e quando ocorrem geralmente estão associadas a *tinea pedis* ou *manuum,* embora possam ser originalmente primárias ou estarem associadas a outras micoses. O início é lento, havendo presença de material esbranquiçado, como se fosse uma massinha por baixo da unha; podem ser dolorosas ou assintomáticas. A unha torna-se quebradiça e fraca. Quando ocorre em crianças, geralmente está associada à *tinea pedis* ou onicomicose em algum familiar próximo.

## Candidose ou moniliase

Causada por um fungo chamado *Candida*, o mesmo agente responsável pelo sapinho. As condições que favorecem sua proliferação são: menor grau de defesa, uso de antibióticos, corticoides, imunossupressores, diabetes, doença de Addison, acrodermatite enteropática, umidade e maceração cutânea (como na dermatite das fraldas), dentre outros. Pode causar doença cutânea, mucosa ou sistêmica.

**Candidose oral ou sapinho:** ocorre em recém-nascidos. A criança apresenta placas brancas, cremosas, com aspecto de coalhada na mucosa oral.

Deve-se pincelar a mucosa da criança, após qualquer alimentação, com a seguinte mistura: uma colher de bicarbonato de sódio em um copo com água filtrada, fervida e esfriada, em seguida usar nistatina (Micostatin suspensão), quatro vezes ao dia, podendo ser ingerida. O peito materno também deve ser tratado para evitar recontaminação, assim como deve ser realizada a desinfecção das mamadeiras e chupetas.

**Vulvovaginite:** caracteriza-se por corrimento branco leitoso, coceira, queimação, edema, vermelhidão nos lábios e desconforto na hora de urinar. O tratamento é feito com cremes à base de nistatina ou clotrimazol. Casos resistentes podem ser tratados com cetoconazol ou itraconazol sistêmicos.

**Paroníquia e onicomicose por *Candida*:** acomete principalmente as crianças que têm sapinho e o hábito de chupar o dedo. Na paroníquia há inchaço ao redor da unha, vermelhidão, dor local, e a expressão pode dar saída a pus. A onicomicose por *Candida* inicia-se na borda proximal da unha, como mancha branca amarelada; posteriormente a unha torna-se fofa. O tratamento é com antifúngico, na

forma de esmalte ou solução tópica. Algumas vezes é necessária terapia sistêmica.

**Candidose cutânea:** frequentemente afeta as dobras do corpo, como axilas, virilhas, região perineal, interglútea, interdigital. As lesões são avermelhadas, com aspecto brilhante, maceradas e com pontinhos de pus espalhados próximo à periferia das lesões. O tratamento consiste no uso de clotrimazol, ciclopirolamina, cetoconazol, nistatina tópicos (cremes, sprays ou pomadas).

**Perleche ou queilite angular:** caracteriza-se por vermelhidão, áreas esbranquiçadas e fissuras nos cantinhos dos lábios. Em crianças associa-se com má oclusão dentária, aparelho dentário ou hábito frequente de lamber os lábios. O tratamento consiste em corrigir o fator desencadeante e usar cremes contendo corticosteroides e/ou antifúngicos/antibióticos, caso haja contaminação respectiva por fungos ou bactérias.

## ALOPECIA (QUEDA DE CABELOS)

Pode ser decorrente de numerosas causas, como infecções, doenças autoimunes, problemas de tireoide (hiper ou hipotireoidismo), anemia, estresse, febre alta, contaminação por fungos (micoses), uso de certos medicamentos (albendazol, anfetaminas, inibidores da enzima conversora da angiotensina, anticoagulantes, anticonvulsivantes, betabloqueadores, cimetidina, danazol, lítio, interferon alfa, retinoides etc.), cirurgias, problemas psicológicos etc. Em certas crianças, a queda capilar não tem motivo aparente, porém o renascimento progressivo é possível, demorando até doze meses para se restabelecer.

**Alopecia traumática:** ocorre com o uso de penteados com grande repuxamento dos cabelos para trás (especialmente em crianças da raça negra, na tentativa de esticar os cabelos), assim como uso de faixas nos cabelos, que leva a uma queda de cabelo por trauma local (alopecia por tração). Outro tipo é a alopecia provocada pelo arrancamento dos fios pela própria criança; a este processo dá-se o nome de tricotilomania, que é mais comum em meninas na idade entre quatro e dez anos. Neste quadro em geral a criança puxa os cabelos em horários em que os pais

não estejam vendo, como quando deitada na cama para dormir, ao ler, escrever ou assistindo televisão. O hábito pode ser consciente ou inconsciente. Pode haver o arrancamento dos cabelos e também dos cílios e sobrancelhas. Em geral há negação do fato, e em alguns casos a criança está passando por algum distúrbio emocional, como separação dos pais, não adaptação após mudança de cidade, colégio, creche etc. Neste caso deve haver acompanhamento com psicólogo.

A alopecia areata ou pelada caracteriza-se por placas desnudas de cabelos, uma ou várias, com aspecto oval ou arredondado, onde se pode observar pelos que lembram pontos de exclamação. Pode ser localizada apenas no couro cabeludo ou comprometer todas as áreas pilosas do corpo (sobrancelhas, cílios, todo o corpo), com perda parcial ou total dos cabelos/pelos. Pode estar associada com doenças autoimunes (principalmente alterações da tireoide), sendo necessária a investigação laboratorial. Sua incidência também está aumentada em pacientes com síndrome de Down.

O tratamento da alopecia depende do fator desencadeante: psicoterapia, orientação e distração

para a criança parar de arrancar os cabelos. Pode ser necessária também reposição de vitaminas, correção de anemias, soluções tópicas capilares e até mesmo o uso intralesional (injeção no local da perda do cabelo) de cortisona, ou por via oral, sob prescrição médica.

## ALTERAÇÕES UNGUEAIS

Podem ser de diversas causas, como trauma local, hábito de roer as unhas, cutículas, como também associadas a patologias internas ou doenças cutâneas.

**Distrofia ungueal pelo hábito de roer as unhas:** caracteriza-se por cutículas irregulares, vermelhidão ao redor das unhas, lâminas ungueais alteradas. Em geral a criança desenvolve o hábito como forma de chamar a atenção, por ciúmes de irmãozinho recém-nascido etc. Os pais devem ficar atentos e orientar a criança a suspender o hábito o mais rápido possível; se necessário pode ser usado esmalte com gosto amargo para evitar a colocação dos dedos na boca.

Pits ungueais correspondem a pequeninos pontos

deprimidos, do tamanho da cabeça de um alfinete, ou maiores, nas unhas. Acompanham casos de dermatite atópica, psoríase e alopecia areata.

**Unha encravada:** ocorre especialmente pelo erro no corte da unha. Observa-se excesso de pele cobrindo a unha, inchaço, vermelhidão e dor local. Pode haver a formação de tecido de granulação, que lembra "carne esponjosa" cobrindo a unha; a este processo denominamos granuloma piogênico. O tratamento da unha encravada consiste em deixar a unha crescer e cortar em ângulo reto os cantinhos. Deve-se evitar o uso de sapatos fechados quando houver processo inflamatório e, caso haja infecção local, usar antibiótico tópico ou sistêmico. Em casos recorrentes, pode ser realizada cirurgia da borda lateral da unha.

**Onicólise ou descolamento da unha:** pode ocorrer na psoríase ungueal, lembrando um derrame de óleo na borda distal da unha, e também após trauma local, infecção por fungos ou uso de medicamentos (tetraciclina, doxiciclina, tiazidas, anticonvulsivantes, quimioterápicos), anemia por deficiência de ferro e outros.

**Paroníquia:** é uma inflamação ao redor das unhas, geralmente acompanhada de processo infeccioso. Pode ser causada por bactérias ou fungos (especialmente *Candida albicanas*), ocorre por traumatismos, como hábito de roer unhas, cutículas, chupar dedos ou após cortar as unhas com tesoura não desinfetada, dentre outros. Quando provocada por bactérias, geralmente é devido a estafilococos ou estreptococos, sendo necessário no tratamento antibióticos tópicos, e às vezes sistêmicos. Naquelas produzidas por fungos, a terapia consiste em antimicóticos tópicos e sistêmicos. Em ambas etiologias, a realização de compressas mornas ajuda bastante na resolução do quadro. Mudança de hábito, como parar de colocar os dedos na boca, arrancar cutículas e roer unhas, também é necessário.

## QUEIMADURAS

Podem ser decorrentes de agentes físicos, químicos ou devido à exposição solar.

As queimaduras podem ser acidentais ou até

mesmo intencionais (queimaduras por cigarros, água quente, objetos quentes). A forma lembrando ponta de cigarros, com dimensões entre 8 a 10mm, deve deixar os responsáveis pela criança atentos para possíveis abusos por terceiros.

Queimadura solar ocorre quando há excessiva exposição solar. A pele torna-se avermelhada, podendo ou não haver bolhas. Se a exposição solar tiver sido intensa pode haver mal-estar, dor de cabeça, náuseas, febre, calafrios e até mesmo delírios. Queimadura solar na infância está relacionada com alto índice de nevus (sinais), câncer de pele e fotoenvelhecimento (manchas, rugas, pele espessa) na idade adulta. Pode ser evitada usando camada espessa de filtro solar, evitando horário de sol muito forte (preferir exposição antes das dez horas ou após as dezesseis horas). O tempo de exposição solar deve ser adequado para a idade da criança, e em caso de maior permanência devem-se usar roupas com fotoproteção, chapéu, óculos de sol, ficar embaixo da barraca ou na sombra. A ingestão de líquidos (água ou suco) deve ser estimulada. O uso do filtro solar é recomendado a partir dos seis meses. Deve ser aplicado em camada espessa, trinta minutos antes da exposição solar, e reaplicado a cada duas horas, após

sudorese excessiva ou banhos. Caso tenha ocorrido queimadura solar, o desconforto pode ser minimizado por banhos frios, aplicação de cremes contendo emolientes e hidratantes. O uso de analgésicos pode auxiliar na dor.

Em relação às queimaduras por substância quente, deve-se tentar esfriar a área queimada o mais rápido possível, imergindo a região em água fria corrente (pia ou chuveiro). Caso seja possível tratar a queimadura em casa, creme contendo sulfadiazina de prata ou vaselina é extremamente eficaz, devendo ser aplicado em camada espessa e coberto com gaze e atadura de crepon. A aplicação de manteiga, borra de café ou creme dental é contraindicada, pois pode provocar infecção. Os casos de queimaduras extensas devem ser direcionados para o hospital.

## CÂNCER DE PELE E NEVUS (SINAIS)

Diversos tipos de nevus ou sinais podem ser vistos nas crianças. Alguns desde o nascimento, representados como manchas café com leite, manchas mais claras que a cor da pele, sinais lineares, nevus

melanocíticos congênitos etc. Algumas dessas lesões devem ser acompanhadas por dermatologistas, pois nos casos dos nevus melanocíticos congênitos gigantes (maiores que 20cm), pode haver risco de malignização da lesão. Os pais também devem ficar atentos para sinais de nascença que mudam de cor, forma, tamanho, coçam ou sangram, procurando atendimento por especialista.

Em relação ao câncer de pele induzido pela exposição solar destacamos o carcinoma basocelular e o espinocelular. Em ambos o risco pode ser minimizado com proteção solar adequada, roupas e chapéus com fotoproteção, barracas, óculos escuros e evitando-se a exposição ao sol entre dez e dezesseis horas.

## Carcinoma basocelular

Apresenta-se como lesão avermelhada, com bordas peroladas, presença de vasos na sua superfície, podendo ou não haver ulceração. Ocorre especialmente nas áreas fotoexpostas. Embora raro na infância, pode ser visto quando há condições predisponentes, como crianças que nascem com síndrome do nevus basocelular (doença autossômica

dominante), xeroderma pigmentoso, nevus sebáceo de Jadassohn.

## Espinocelular

Um tipo de câncer cutâneo, embora raro na infância, pode surgir nas crianças que foram submetidas à exposição solar prolongada sem cuidados adequados, imunossupressão, após queimaduras ou traumas que deixaram cicatrizes, após infecções por vírus (papilomavírus humano) ou até mesmo quando nascem com síndromes como o xeroderma pigmentoso, epidermólise bolhosa distrófica, morfeia ou esclerodermia. As lesões apresentam-se como placas enduradas, com vasinhos na superfície, podendo ou não haver ulceração.

## Melanoma

É um câncer que apresenta risco de disseminação pelos vasos sanguíneos e linfáticos. Pode ter como lugar primário a pele, leptomeninges ou até mesmo olhos. Os fatores de risco para desenvolvimento do melanoma são: crianças que nascem com síndrome

do nevus displásico, nevus melanocítico congênito gigante, xerodema pigmentoso, nevus atípicos, histórico familiar de melanoma, queimadura solar com bolhas e imunossupressão. Existe uma regra simples para que os pais possam desconfiar de sinais que podem ter risco de virar melanoma. A esta damos o nome de regra do ABCDE, onde cada letra representa uma característica a ser observada, ou seja: A (assimetria), B (bordas irregulares), C (mais que duas colorações na lesão), D (diâmetro maior que 6mm) e E (evolução muito rápida na mudança da lesão). Em resumo, se estiverem presentes algumas dessas características, a criança deve ser encaminhada para o dermatologista, que dará o diagnóstico e aconselhará sobre o tipo de tratamento.

## AS DOENÇAS DO SANGUE

### Hemograma

O hemograma é o exame laboratorial que avalia a concentração e as características morfológicas dos corpúsculos do sangue circulante: glóbulos vermelhos

(hemácias), glóbulos brancos (leucócitos) e plaquetas. Estes corpúsculos são produzidos na medula óssea e se comportam de modo diferente na saúde e na doença.

O hemograma pode ser útil tanto para investigação diagnóstica como para acompanhamento da evolução de um grande número de doenças. A obtenção da amostra de sangue a ser examinada é feita por punção de veia periférica.

## Glóbulos vermelhos

São os corpúsculos que circulam no sangue com a função de transportar o oxigênio obtido por meio da respiração pulmonar até os diversos tecidos do corpo. Este transporte é feito por uma proteína encontrada nas hemácias denominada hemoglobina. O tempo de vida de um glóbulo vermelho (hemácia) na circulação é de cerca de 120 dias.

Os valores esperados para as concentrações de glóbulos vermelhos e de hemoglobina não são constantes ao longo da infância e da vida adulta, sofrendo variações mesmo em condições normais. Quando em níveis baixos para a faixa etária são chamados de anemia, quando estão aumentados são

chamados de policitemia. Para a anemia existem várias causas, inclusive benignas, que não acarretam problema para a criança.

## Glóbulos brancos

Existem diversos tipos de glóbulos brancos (ou leucócitos) circulando no sangue: linfócitos, neutrófilos, eosinófilos, monócitos e basófilos. Os leucócitos têm como função primordial a defesa do organismo contra agressores como vírus, bactérias e outros agentes infecciosos.

A sobrevida média dessas células na circulação varia de acordo com o tipo de leucócito.

Tanto o número de glóbulos brancos (leucometria global) quanto o percentual de cada um dos tipos de leucócito encontrados no sangue circulante (leucometria diferencial) sofrem variações fisiológicas em relação à idade. Além disso, em diversas situações de doença podem ser observadas alterações nessas concentrações.

Em crianças, considera-se que a quantidade mínima de leucócitos no sangue seja em torno de 4.000 por microlitro de sangue. Leucometria global abaixo desse limite é chamada de leucopenia. O

limite superior para a leucometria global varia com a idade. Crianças menores costumam ter número maior de leucócitos no sangue circulante quando comparadas a crianças maiores e adultos. Leucometria global acima do limite máximo para a idade é chamada de leucocitose.

## Plaquetas

As plaquetas — ou trombócitos — têm como função participar da hemostasia, ou seja, do processo que visa evitar ou minimizar o sangramento decorrente de eventuais lesões na parede dos vasos sanguíneos. As plaquetas são fragmentos de citoplasma de células denominadas megacariócitos, produzidas na medula óssea. Sua vida média na circulação é de cerca de dez dias.

O número esperado de plaquetas em crianças é semelhante ao do adulto e gira em torno de 150.000 a 500.000 por microlitro de sangue.

# ANEMIAS

A anemia pode ser definida como a redução na quantidade de hemoglobina no sangue circulante a níveis abaixo do valor mínimo considerado normal, levando-se em conta a idade e o sexo do paciente. A hemoglobina é a proteína encontrada nas hemácias responsável pelo transporte do oxigênio captado pelos pulmões até os diversos tecidos do corpo.

Para os leigos, anemia é palidez. Portanto, toda criança que apresenta pele descorada seria anêmica. Não há dúvida de que o descoramento da pele e das mucosas (lábios e conjuntivas) é uma das características da anemia. Entretanto, é preciso levar em conta que a cor da pele resulta em grande parte da sua espessura e da quantidade de melanina nela presente, o que por sua vez depende de fatores genéticos e climáticos. Em locais de clima frio, onde há menos sol, a pele torna-se mais fina, para que o corpo possa absorver melhor os raios solares. As pessoas ficam com a pele de tonalidade rósea, pois os vasos sanguíneos, de cor vermelha, ficam muito próximos à superfície. Nos países quentes, a pele se torna mais espessa para proteger o corpo do excesso de exposição ao sol, adquirindo uma tonalidade pálida.

O exame das mucosas (da boca, da conjuntiva

ocular etc.) é mais adequado para se procurar sinais clínicos de anemia. A tonalidade do tecido que se vê, por transparência, sob as unhas também dá boas informações.

Além da palidez da pele e das mucosas, a anemia pode causar outros sintomas, como cansaço e aumento da frequência dos batimentos cardíacos. A intensidade dos sintomas depende do grau de anemia e da velocidade com que ela se instalou. Por outro lado, de acordo com a causa da anemia, o exame clínico do paciente pode mostrar outras alterações, como, por exemplo, icterícia (coloração amarelada da pele e das mucosas) e alterações nas unhas e cabelos.

## Causas de anemia

A anemia pode ter diversas causas, tanto relacionadas à produção de hemácias e de hemoglobina quanto à perda de hemácias provocada por destruição (hemólise) ou por sangramento. A anemia pode se apresentar como problema isolado ou como parte do quadro clínico de diversas doenças, tanto hematológicas quanto as que envolvem outros órgãos e sistemas.

As anemias por redução na produção de hemácias

pela medula óssea podem resultar da carência de substâncias necessárias para a fabricação desses corpúsculos e da hemoglobina. Doenças da própria medula óssea ou de outros órgãos que interfiram com a função medular também podem ser causa de anemia por defeito de produção.

As anemias por destruição de hemácias (chamadas de hemolíticas) podem ser genéticas (como por exemplo a anemia falciforme, as talassemias e a microesferocitose hereditária) ou adquiridas (como por exemplo a destruição por anticorpos). Pacientes portadores de anemia hemolítica habitualmente apresentam icterícia (coloração amarelada da pele e das mucosas). A icterícia se deve à impregnação dos tecidos pela bilirrubina. A bilirrubina é um pigmento amarelo, fruto da degradação da hemoglobina contida nas hemácias. Quando existe destruição exagerada de hemácias tende a haver acúmulo de bilirrubina no sangue.

A causa mais comum de anemia é a carência de ferro. O ferro é um elemento essencial para a síntese de hemoglobina. Na criança, essa carência é provocada mais frequentemente por erros alimentares, ou seja, dietas inadequadas em relação à oferta de ferro. A necessidade de ferro do organismo é

maior durante as fases de crescimento (infância e adolescência) e também durante a gestação (a gestante precisa atender às necessidades do feto e às do seu próprio organismo). Nessas situações a quantidade (e também a qualidade) de alimentos ricos em ferro oferecidos na dieta é mais crítica. Quando a oferta não atende à demanda aumentada surge a condição de carência que provoca a anemia ferropriva. Em crianças saudáveis, o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida consegue atender bem às necessidades de ferro do bebê. A partir do sexto mês a amamentação deve ser mantida, mas é necessária a introdução de outros alimentos. A partir desta fase é importante que as carnes sejam incluídas na dieta da criança. As carnes são consideradas a principal fonte de ferro da dieta, não só pela quantidade de ferro nelas contida, mas também pela facilidade maior com que o organismo consegue absorver este ferro. Outros alimentos como o ovo, o leite, o feijão e as folhas verde-escuras (como o espinafre, a couve e a bertalha) também são fontes de ferro. Mesmo com uma alimentação rica em ferro, todas as crianças de seis meses até dois anos (época de grande crescimento das crianças) devem ser medicadas com suplementação de ferro.

Além dos erros alimentares, as perdas de sangue e os distúrbios de absorção intestinal também podem ser causas de carência de ferro. As parasitoses intestinais podem provocar dificuldades de absorção intestinal de nutrientes. Alguns desses parasitas provocam também sangramento do tubo digestivo, levando à perda de ferro e consequente anemia.

Prematuridade, infecções, doenças dos rins ou das glândulas endócrinas e uma série de outros fatores podem aumentar o risco de desenvolvimento de anemia.

Dois tipos de anemia de causa genética serão citados a seguir, devido à sua frequência.

## Anemia falciforme

É uma anemia hereditária, causada pela presença de uma hemoglobina anormal designada Hemoglobina S, mais frequentemente observada em indivíduos de raça negra. As hemácias que contêm esta hemoglobina tendem a se deformar e assumir forma de foice. As hemácias em forma de foice tendem a ser retiradas da circulação e destruídas.

Os portadores desta doença apresentam anemia crônica do tipo hemolítica, icterícia e crises de dor

causadas pela obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelas hemácias em forma de foice. O diagnóstico é feito por exames de sangue que identificam a presença da Hemoglobina S, inclusive na triagem neonatal (teste do pezinho).

Esses pacientes deverão ser acompanhados por equipes multidisciplinares que incluam profissionais das áreas de pediatria, hematologia, psicologia, entre outros. O tratamento inclui uso de ácido fólico, terapia profilática com antibióticos desde o diagnóstico, vacinação especial (além das vacinas do calendário habitual) e transfusão de hemácias.

## Talassemias

Este tipo de anemia genética é mais observado em descendentes de populações dos países mediterrâneos (italianos, gregos, turcos, libaneses). Também é conhecida como anemia de Cooley ou anemia do Mediterrâneo. É um tipo de anemia hereditária envolvendo defeito na produção de uma porção da hemoglobina denominada globina.

Os pacientes apresentam anemia hemolítica crônica, icterícia e aumento de volume do fígado e do baço. O diagnóstico é confirmado por exames de

sangue. As manifestações da doença podem ser mais ou menos intensas de acordo com o tipo de defeito herdado. O tratamento varia de acordo com a forma clínica da doença.

## Tratamento da anemia

O tratamento adequado da anemia depende diretamente da causa. Portanto, antes de instituir qualquer medida terapêutica é necessário, em cada caso, esclarecer quais os mecanismos responsáveis pelo surgimento da anemia. Só assim o melhor tratamento para cada paciente poderá ser estabelecido.

Na anemia ferropriva o tratamento consiste na reposição de ferro. Nestes casos é obrigatório investigar a causa da carência (erro alimentar, sangramento, má absorção), que deverá ser corrigida. O ferro medicamentoso deverá ser dado preferencialmente entre as refeições, para que a absorção seja facilitada pela acidez gástrica e para que não haja formação de compostos insolúveis com outros alimentos. A vitamina C facilita a absorção do ferro.

# LEUCEMIA

É o tipo de câncer mais comum em crianças. Surge a partir da transformação maligna de alguma das células produtoras das células sanguíneas — que compõem o tecido hematopoético, encontrado na medula óssea.

Existem diversos tipos de leucemia. A classificação da doença se baseia nas características da célula envolvida no surgimento da doença: linhagem, grau de maturação, características genéticas etc. Na criança, o tipo mais frequente é a leucemia linfoblástica aguda (LLA).

As manifestações clínicas podem incluir febre, dores nas pernas, palidez, aumento de volume do fígado, do baço e dos linfonodos, além de sangramentos, principalmente da pele e das mucosas.

A confirmação do diagnóstico é feita por exames do sangue e da medula óssea. O tratamento varia conforme o tipo de leucemia e inclui uso de quimioterapia. O prognóstico depende de uma série de fatores. Os protocolos de tratamento utilizados atualmente possibilitam a cura da maioria das crianças com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (cerca de 90% de chance de cura).

# PÚRPURAS

As púrpuras são um grupo de doenças caracterizadas por aparecimento de lesões de cor púrpura na pele e nas mucosas, causadas por extravasamento de sangue ou inflamação da parede de vasos sanguíneos. As lesões podem ser puntiformes — chamadas de petéquias — ou mais extensas — chamadas de equimoses. Lesões por extravasamento de volume maior de sangue são denominadas hematomas.

As púrpuras podem ser causadas por alterações envolvendo as plaquetas — por alteração funcional desses corpúsculos ou por redução de seu número no sangue circulante — ou por comprometimento da parede dos vasos sanguíneos — chamadas de púrpuras vasculares. As púrpuras vasculares não são consideradas doenças hematológicas, mas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de quadros purpúricos.

A seguir serão mencionadas algumas das púrpuras mais frequentes na infância.

## Púrpura trombocitopênica imunológica

É o tipo de púrpura mais frequente durante a infância, com pico de incidência entre dois e quatro anos. É causada por destruição das plaquetas por um anticorpo produzido pelo próprio paciente. É frequentemente relacionada à exposição prévia a agentes virais — tanto por infecções quanto por utilização de vacinas produzidas com vírus vivos. Em alguns pacientes a púrpura pode ser secundária a alguma outra doença — como, por exemplo, doenças autoimunes, neoplásicas e infecciosas.

O paciente apresenta lesões hemorrágicas na pele e nas mucosas. Não é raro haver sangramento gengival e/ou nasal (epistaxe). A complicação mais temível é o sangramento do sistema nervoso central, que felizmente ocorre em menos de 5% dos casos. A intensidade dos sintomas habitualmente se relaciona com o grau de redução no número de plaquetas (trombocitopenia).

O diagnóstico é feito por exame de sangue e pelas manifestações clínicas. O paciente deve ser avaliado por hematologista pediátrico para que sejam descartadas outras causas de trombocitopenia e para que seja bem avaliada a necessidade de exame da

medula óssea (mielograma). O tratamento pode incluir uso de corticoide, imunoglobulina humana e outros medicamentos. Em muitos casos o paciente poderá ser mantido apenas sob observação até que haja normalização do número de plaquetas. Pacientes com número de plaquetas abaixo do normal não devem receber injeções intramusculares nem medicamentos que possam alterar a função plaquetária (como AAS e anti-inflamatórios). Em alguns casos a doença pode ter evolução prolongada (forma crônica). Na maioria dos pacientes pediátricos o prognóstico é bom e a doença tem duração menor que seis meses (forma aguda).

## Púrpura trombocitopênica no recém-nascido

A redução no número de plaquetas é um problema relativamente frequente em recém-nascidos. Doenças da medula óssea, infecções e uma série de outras causas podem estar implicadas — tanto na diminuição de produção quanto na destruição das plaquetas circulantes. Anticorpos maternos dirigidos contra as plaquetas também podem cruzar a barreira placentária e causar trombocitopenia no bebê.

O recém-nascido que apresenta trombocitopenia pode ter sangramento, principalmente da pele e das mucosas, de gravidade variável de acordo com o número de plaquetas e com a causa determinante.

Para o diagnóstico são necessários exames de sangue e, em alguns casos, da medula óssea. O tratamento varia conforme a causa e pode incluir medicamentos (como corticoide) e transfusão de concentrado de plaquetas.

## Púrpura de Henoch-Schönlein

É conhecida também como púrpura alérgica ou anafilactoide. Está relacionada à inflamação na parede dos vasos sanguíneos (vasculite). O número de plaquetas está normal ou aumentado.

As lesões purpúricas são geralmente pequenas, avermelhadas e habitualmente elevadas (palpáveis). Eventualmente podem ter tamanho maior e coloração vermelho-vinhosa. Tipicamente as lesões se concentram nos membros inferiores e região glútea. Pode haver outros sintomas como dores no abdome e nas articulações. Boa parte dos pacientes apresenta comprometimento renal (nefrite).

O diagnóstico se baseia no quadro clínico e em

exames laboratoriais. O tratamento pode incluir o uso de corticoide. Os pacientes devem ser acompanhados por profissionais pediátricos especializados nas áreas de reumatologia e nefrologia. O prognóstico é bom, na maior parte dos casos.

## DOENÇA DE VONWILLEBRAND

É o tipo mais comum de doença hereditária da hemostasia. É causada pela deficiência de produção ou pela alteração funcional do fator de vonWillebrand (vWF). Os pacientes apresentam tendência a sangramento.

A gravidade dos sintomas varia de acordo com o tipo específico da doença. O tipo mais frequente de doença de vonWillebrand (vWD) — tipo Ia, causado pela deficiência parcial de vWF — é habitualmente pouco sintomático. Entretanto, todos os portadores da doença devem ser orientados quanto ao risco de sangramento durante procedimentos cirúrgicos (incluindo extrações dentárias e cirurgias plásticas) ou após traumatismos físicos.

O diagnóstico é baseado no quadro clínico, no

histórico familiar e em exames de sangue. O tratamento varia conforme a gravidade das manifestações clínicas e o tipo de alteração envolvendo o vWF, podendo incluir uso de medicamentos — como os derivados sintéticos da vasopressina (DDAVP) — e reposição do vWF.

## HEMOFILIA

É uma doença hereditária da hemostasia, caracterizada por deficiência de Fator VIII (hemofilia clássica ou tipo A) ou de Fator IX (hemofilia tipo B). A herança é genética, relacionada ao cromossomo X. É transmitida aos filhos pela mãe — portadora da alteração específica no cromossomo X — e se manifesta clinicamente nos indivíduos do sexo masculino que herdaram da mãe o cromossomo X alterado. Nas mulheres que apresentam a alteração em apenas um dos seus dois cromossomos X, a doença não se manifesta clinicamente (portadora sã). Os hemofílicos transmitem a doença para todas as suas filhas, que, por sua vez, poderão transmiti-la à sua prole. Os filhos homens de um hemofílico não

herdam a doença — já que só recebem do pai o cromossomo Y.

A doença se manifesta por tendência a hemorragias — espontâneas ou pós-traumáticas — de gravidade variável conforme o grau de deficiência do fator envolvido.

O paciente hemofílico pode apresentar sangramentos durante o parto, após circuncisão e em local de aplicação de qualquer injeção intramuscular. À medida que a criança cresce e começa a engatinhar e andar aumentam as chances de hemorragias provocadas por traumatismo. Na idade escolar, a hemorragia no interior das articulações (hemartroses) é um sintoma característico.

O diagnóstico é feito por exames de sangue que identificam o tipo e a intensidade da carência do fator de coagulação. Esses pacientes devem ser acompanhados por hematologistas, habitual-mente em centros de referência para tratamento de hemofílicos. O tratamento pode incluir a reposição do fator deficiente e o uso de medicamentos como os antifibrinolíticos e os derivados sintéticos da vasopressina (DDAVP).

## AS DOENÇAS DOS OSSOS E DAS ARTICULAÇÕES

Destacamos dois tipos neste grupo: no primeiro, as deformidades ósseas congênitas. No segundo, as infecções nos ossos e nas articulações.

Deformidades ósseas poderão ser resultantes de qualquer acometimento durante o seu desenvolvimento, sendo identificadas logo após o nascimento. A causa provável dessas deformidades poderá ser a interferência de fatores externos durante a gravidez, como irradiações, medicamentos, traumatismos, problemas intrauterinos e posições viciosas do feto no útero.

Existem doenças genéticas cujas deformações ósseas são acompanhadas de outros sintomas fora do aparelho locomotor, isto é, dos ossos e das articulações.

## AFECÇÕES DIAGNOSTICÁVEIS NO RECÉM-NASCIDO

## Lesões traumáticas

Fraturas da clavícula, do úmero, do fêmur e da tíbia poderão ocorrer como resultado de manobras obstétricas em partos difíceis ou no período neonatal, em consequência de queda ou maus-tratos. Essas fraturas consolidam-se rapidamente, de duas a três semanas, e os desvios fragmentares não necessitam de redução anatômica — a deformidade residual corrige-se espontaneamente em poucos meses.

A tração do plexo braquial (puxar a criança pelo braço) durante o parto poderá determinar graus variáveis de paralisia do membro superior.

## Luxação congênita coxofemoral

Esta é uma afecção relativamente rara no Brasil. É mais comum nas meninas numa proporção de 5-10:1. Está sempre associada a um defeito na formação do acetábulo (parte do osso da bacia em que se encaixa a cabeça do fêmur), que é inadequado, raso.

As articulações coxofemorais do recém-nascido deverão ser examinadas, rotineiramente, no primeiro dia de vida e no dia da alta hospitalar, com a criança

deitada ou apenas com as pernas fletidas, em busca de eventuais alterações em sua estrutura.

Em qualquer tipo, pré-luxação, subluxação ou luxação, deverá o tratamento ser iniciado logo que o diagnóstico for feito. Quanto mais cedo, melhor o resultado. A luxação congênita é um problema de prognóstico completamente diferente se for diagnosticada no recém-nascido ou logo após a marcha. Se o problema for diagnosticado um ortopedista pediátrico deverá ser consultado o mais rápido possível.

## Deformidades

As deformidades mais frequentes e mais conhecidas são:

**Sindatilia.** Dedos unidos, às vezes só pela pele, e outras também pelas unhas. Nestes casos a correção deverá ser feita antes dos seis meses, quando forem dois ou mais dedos juntos. A correção cirúrgica será feita em dois tempos.

**Pé torto congênito.** É mais comum nos

meninos (3:1). É a flexão plantar, com rotação de todo o pé, de modo a mostrar toda a sua planta. O tratamento deverá ser iniciado logo após a primeira semana de vida, com correção gradual feita através dos aparelhos gessados, trocados sucessivamente. Problemas de postura, posição das pernas, dos pés, dos joelhos e dos tornozelos, como o pé pronado, o genuvalgo, o genuvaro, a tíbia vara e pé supinado, são descritos às páginas 358 a 360.

## Infecções

Das infecções, duas são mais comuns:

**Osteomielite (infecção no osso).** De acordo com o prof. Carlos Giesta (Rio de Janeiro), é uma moléstia grave e deve ser considerada sempre emergência (imediato atendimento por médico, de preferência ortopedista). Esta doença é mais frequente entre os três e os doze anos, e duas vezes mais nos meninos do que nas meninas. No bebê e na criança com menos de dois anos de idade, seus sintomas são diferentes dos que aparecem em outras idades. O germe causador geralmente é o estafilococo, ou, na maioria das vezes, também o maior responsável;

entretanto outros germes também são possíveis. A inflamação óssea poderá ser posterior a furúnculos, impetigo, catapora ou queimaduras infectadas, e a via de entrada é a corrente sanguínea. A inflamação nos ossos causada por ferimentos penetrantes ou extensão de infecção na pele é outra causa provável. É uma moléstia grave e deverá ser considerada emergência; seu início é rápido, com febre alta, mal-estar e dor local, com inchaço e vermelhidão. No bebê estes sinais são imediatos e o doente se apresenta intoxicado, pálido, extremamente fraco e irritado; os ossos mais atingidos são os da perna e os do braço. O diagnóstico é feito pelo histórico, pelos exames clínico e laboratorial: o hemograma e a cultura de sangue (hemocultura). A radiografia só será positiva após cinco dias da doença em crianças menores de dois anos de idade e após oito a dez dias na criança maior. O melhor exame para avaliação é a cintilografia óssea.

O tratamento deverá ser feito, sempre que possível, pelo ortopedista, e em caráter de urgência, porque em alguns casos a intervenção cirúrgica se impõe. A doença responderá bem aos antibióticos, geralmente um dos tipos de penicilina. O germe isolado em cultura e submetido ao antibiograma indicará a medicação exata.

**Artrite infecciosa aguda ou artrite séptica (infecção da articulação).** É a inflamação supurada das articulações, mais comum nos dois primeiros anos de vida. Habitualmente é precedida por alguma infecção em qualquer parte do corpo, surgindo mais frequentemente após infecções no aparelho respiratório. Os germes mais comumente responsáveis são o estafilococo, o estreptococo, o pneumococo e o *Haemophilus influenzae*; outros são mais raros, como o meningococo e as salmonelas. Qualquer articulação poderá estar envolvida, entretanto a do ombro (escapulo-umeral) e a das ancas (coxofemoral) são as mais atingidas. Outras grandes articulações poderão estar comprometidas. O diagnóstico e o tratamento deverão ser rápidos e eficazes, devido ao fato de a inflamação purulenta das articulações destruírem rapidamente as cartilagens, impedindo o desenvolvimento dos ossos ou a perda da articulação pela sua soldadura, seu endurecimento (anquilose). O aparecimento da doença é repentino, com sintomas de infecção grave (septicemia), e a inflamação da articulação se manifesta rapidamente, acompanhada de rigidez dos músculos e dor intensa,

que aumenta pela movimentação das juntas.

**Tratamento.** Deverá ser imediato e perfeito, evitando a supuração. A radiografia será de pouco valor para o diagnóstico precoce. O que valerá é o exame clínico e a experiência do médico. Ultrassonografia da região poderá auxiliar no diagnóstico. A artrite infecciosa aguda é uma emergência, e deverá ser tratada pelo ortopedista, pois a possibilidade de intervenção cirúrgica (punção e drenagem) será muito importante para a cura da lesão e para a involução da doença. O uso de antibióticos dependerá do germe (bactéria) encontrado.

## ANORMALIDADES NO TÓRAX

Há dois tipos de anormalidade do tórax, devido à irregularidade do esterno, osso dianteiro do peito que se articula com as costelas.

**1) Peito de pombo:** tórax saliente, conhecido em medicina por *Pectus carinatum*. Não é frequente na infância, e neste período a causa mais provável é haver uma doença congênita do coração. É raro

aparecer como alteração isolada antes dos seis anos de idade. Às vezes é um traço familiar: o pai ou a mãe o apresentaram.

Somente haverá indicação cirúrgica no caso de ser do tipo isolado, sem estar associado às moléstias citadas, e assim mesmo se for muito acentuado.

**2) Peito em funil:** denominado pelos leigos de "peito de sapateiro" e pelos médicos de *Pectus excavatum*. Esta característica está presente por ocasião de uma deformidade progressiva. A hereditariedade é a causa mais provável. O peito afundado poderá causar problemas nos pulmões e no coração durante a adolescência. Nos casos graves, com insuficiência respiratória, deverá ser feita correção cirúrgica, porém sempre depois de dois anos de idade. Nos casos benignos não haverá indicação cirúrgica.

## DOENÇAS DO CORAÇÃO

O coração é um órgão que lembra vida, amor e sonhos. Dessa forma, qualquer problema que envolva o coração é recebido pelos pais como motivo de pânico, principalmente quando o coração é o de sua

criança... A família aguarda com muita ansiedade o resultado da primeira avaliação pediátrica. A primeira pergunta é, sem dúvida, "o meu bebê nasceu perfeito?". E logo depois, "e o coração, doutor, está tudo bem com ele?". Esse questionamento não é sem sentido, pois sabe-se que a alteração do coração detectada logo após o nascimento implica encaminhamento para o cardiologista pediátrico, o que assusta a família.

## Vamos falar do coração

Logo após o nascimento, as trocas gasosas passam a ser assumidas pelos pulmões. O sangue venoso entra no coração direito através das veias cavas e da artéria pulmonar, que emerge do ventrículo direito, e chega aos pulmões. O sangue oxigenado dos pulmões retorna ao coração esquerdo, através das veias pulmonares, e sai pela aorta para ser distribuído para todo o corpo.

As doenças do coração podem ocorrer nas vias de entrada, nas vias de saída, nas válvulas, nas paredes que dividem as cavidades, nas artérias que nutrem o coração (coronárias), no músculo cardíaco e no sistema de condução elétrica.

Elas podem ser doenças congênitas, isto é, ocorrem dentro do útero, durante a formação do coração. Nesse caso, podem fazer parte de síndromes como, por exemplo, a síndrome de Down, na qual 40% das crianças apresentam alterações cardíacas. A incidência de cardiopatia congênita é de 8 para cada 1.000 nascimentos vivos.

Quando o coração da criança sofre danos após o nascimento, trata-se das doenças adquiridas, dentre as quais destacamos as miocardites virais, a doença de Kawasaki e a doença reumática.

## DOENÇAS CONGÊNITAS

Manifestação clínica no primeiro ano de vida:

### Cianose

Coloração azulada das mucosas:

**a)** Transposição das Grandes Artérias.

**b)** Diminuição do fluxo de sangue para os pulmões.

## Insuficiência cardíaca

Incapacidade do coração de assumir as suas funções.

## Cardiopatia congênita cianótica

**a)** Com manifestação nas primeiras semanas da vida, TGA — Transposição das Grandes Artérias. Os grandes vasos que emergem do coração, isto é, a aorta e a artéria pulmonar, estão invertidos. Do coração direito sai a aorta, que leva sangue com baixo teor de oxigênio para todo o corpo.

**b)** Tetralogia de Fallot, "Doença Azul". Obstrução grave na artéria pulmonar, reduzindo o fluxo sanguíneo para os pulmões.

## Cardiopatia com insuficiência cardíaca

**a)** Com manifestação nas primeiras semanas — Obstrução do fluxo de sangue na via de saída do ventrículo esquerdo que está conectado à aorta.

**b)** Após os primeiros meses — Comunicações entre a circulação arterial e venosa que podem ocorrer entre

os ventrículos esquerdo e direito, comunicação interventricular (CIV) ou entre a aorta e a artéria pulmonar, persistência do canal arterial (PCA).

**Sinais e sintomas:** A observação de alterações circulatórias pode passar despercebida pela família, principalmente em se tratando do primeiro filho. A primeira consulta ao pediatra é muito importante e deve ser realizada nos primeiros quinze dias.

## São sinais de alerta para a família

**a)** Respiração rápida.

**b)** Choro de difícil consolo.

**c)** Recusa das mamadas.

**d)** Suor intenso quando mama.

**e)** Palidez ou cianose, que é a coloração azulada dos lábios e unhas.

## Alterações no exame que indicam a avaliação por um especialista

**a)** Sinais relatados pela família.

**b)** Frequência respiratória elevada.

**c)** Batimento cardíaco muito rápido, lento ou irregular.

**d)** Sopro cardíaco.

**e)** Aumento do fígado.

**f)** Assimetria nos pulsos.

**g)** Alteração na pressão arterial.

## DOENÇAS ADQUIRIDAS

### No primeiro ano de vida

**a) Miocardite:** decorrente de infecção viral que afeta o músculo cardíaco, causando disfunção miocárdica que vai prejudicar o bombeamento de sangue para o corpo.

### Após o terceiro ano de vida

**a)** A febre reumática é uma doença adquirida de alta incidência no Brasil. É secundária à infecção estreptocócica. Tem início uma semana após a

infecção de garganta, que se não diagnosticada e tratada adequadamente ataca o coração e pode levar à lesão definitiva das válvulas cardíacas. As válvulas mais afetadas são: válvula mitral e válvula aórtica.

**b) Doença de Kawasaki:** de etiologia desconhecida, mais comum nos países orientais. A complicação mais grave dessa doença é o comprometimento do coração com lesão das artérias coronárias. A Doença de Kawasaki pode ser confundida com uma virose. Evolui com febre alta prolongada e persistente, mucosas vermelhas, alterações articulares. Se não for tratada adequadamente causará até o décimo quarto dia da doença alteração cardiovascular grave.

**c)** Infecção bacteriana em válvulas cardíacas que apresentam doença: o mais comum é o acometimento da válvula aórtica quando é bicúspide, diferente da normal, que é a tricúspide. A válvula mitral, quando apresenta prolapso com disfunção, também é ideal para instalação de infecção bacteriana.

O pericárdio, membrana que envolve o coração, pode apresentar disfunção, seja como parte das doenças já referidas ou isoladamente.

## Algumas dúvidas comuns:

### a) O que é sopro cardíaco?

É um ruído auscultado pelo pediatra, diferente das bulhas normais, e que deve ser investigado.

### b) O que é arritmia cardíaca?

O coração bate ritmado e com uma frequência para cada faixa etária. Quando isso não acontece diz-se que existe alteração do ritmo do coração, isto é, arritmia cardíaca. Também neste caso se faz necessária a investigação cardiológica. O ritmo cardíaco normal é regular. A frequência cardíaca nos primeiros meses de vida varia de 130btm a 150bpm. Após os seis meses a um ano varia de 90bpm a 130 bpm. Após um ano, de 80bpm a 100bpm.

## Alterações do ritmo do coração

**a)** Taquicardia: Quando a frequência cardíaca é mais rápida que o esperado para a faixa etária.

**b)** Bradicardia: Quando a frequência cardíaca é mais lenta que o esperado para a faixa etária.

**c)** Arritmia: Quando as batidas do coração são irregulares.

**Sinais de alerta:** Observe sua criança e ouça com atenção as suas queixas. A taquicardia pode estar

presente em situações normais do dia, como exercício, estresse emocional, dor ou febre. Assim como a bradicardia durante o sono ou uso de medicações. Em um número superior a 80% dos casos, a queixa pode não significar doença, contudo os casos patológicos só serão diagnosticados se a criança for examinada. A orientação é: relate sempre a queixa de seu filho ao pediatra.

## Queixas mais comuns apresentadas pelas crianças e a interpretação de seus familiares

**a)** Dor nas pernas: preguiça de ir para a escola ou querer colo.

**b)** Dor no peito: gases.

**c)** Coração batendo forte; estado emocional. Se estas queixas forem persistentes, fale com o pediatra. Lembre-se, a avaliação cardiológica é feita de maneira não invasiva. Por isso não se assuste quando o seu pediatra lhe orientar a procurar um especialista.

## Considerações gerais

**1)** Atualmente, a maioria das cardiopatias congênitas, assim como as arritmias fetais, pode ser diagnosticada

dentro do útero com a ecocardiografia fetal. A realização deste exame é feita a partir da vigésima semana de gestação, sendo que as melhores imagens são obtidas entre a 25ª e a 35ª semanas.

O conhecimento pré-natal da cardiopatia permite o planejamento do parto, a assistência cardiológica precoce ao recém-nascido e uma abordagem terapêutica e cirúrgica mais adequada, com o bebê em melhores condições de vitalidade e em UTI com serviço de cirurgia cardíaca.

As principais indicações para a realização do exame são:

**a)** Doenças maternas como diabetes, doenças do colágeno, infecções maternas e exposições a drogas teratogênicas, bem como histórico familiar de cardiopatia congênita.

**b)** Indicações fetais como hidropisias, doenças genéticas, malformações fetais extracardíacas e arritmias.

**c)** Fetos sem fatores de risco, mas que durante a ultrassonografia obstétrica apresentam suspeita de cardiopatia congênita. Pelas diretrizes brasileiras de obstetrícia deveria ser realizado em todos os pré-natais, porém na realidade o serviço público brasileiro

não dispõe do exame para todas as gestantes do Brasil.

**2)** A grande maioria das cardiopatias congênitas pode ser corrigida cirurgicamente ou há possibilidades de se realizar cirurgias paliativas, para malformações mais complexas, tendo como objetivo fornecer ao cardiopata uma qualidade e expectativa de vida melhores até que ele seja encaminhado para a cirurgia definitiva, se possível.

Muitos sobreviventes de cirurgia cardíaca não ficam curados e continuam a apresentar morbidade e mortalidade originárias de seus problemas cardíacos.

**3)** Algumas anormalidades do desenvolvimento cardiovascular se manifestam primeiramente apenas na vida adulta. Exemplos: alguns tipos de miocardiopatia hipertrófica e dilatada, hipertensão arterial, válvula aórtica bicúspide que pode calcificar ou apresentar insuficiência valvar, e alguns tipos de doenças das artérias coronárias.

**4)** Devemos finalmente enfatizar que a criança de hoje será o adulto de amanhã; portanto, medidas preventivas como a prática normal de atividades físicas, as mudanças no estilo de vida com uma alimentação mais saudável, o controle nos níveis de colesterol e o diagnóstico mais precoce da hipertensão

arterial devem ser estimuladas. A abordagem destas patologias pelos profissionais de saúde não deve ser somente a busca pelo tratamento e sim ter como principal objetivo a prevenção.

## PROBLEMAS NOS OUVIDOS

Na criança ocorrem dois problemas principais:

**1)** Perda da audição.

**2)** Otites.

Qualquer problema de audição poderá ser verificado na criança desde o seu nascimento. A cooperação ativa da criança não será necessária. Se a criança tiver menos de três anos de idade, ela poderá ser submetida a provas, no próprio quarto, em silêncio, estando sentada no colo de sua mãe. Suas reações aos sons produzidos pela pessoa que a observa (o médico, um especialista ou um leigo) deverão ser dirigidas primeiramente ao ouvido esquerdo, e em seguida ao direito. Alguns sons deverão ser muito leves, fracos, para determinar sua sensibilidade, e em seguida sons fortes, altos, para verificar seus reflexos a eles. Diferentes tonalidades de som deverão ser

apresentadas. De todos, sempre o mais significativo é a voz humana. O bebê, desde os quatro meses de idade, deverá virar a cabeça quando o seu nome for pronunciado suavemente, se ele estiver com a audição normal. A criança poderá obedecer a algumas ordens adequadas a cada idade.

A perda da audição poderá aparecer sozinha ou acompanhada por outros problemas. A possibilidade da perda da audição deverá ser investigada se alguma das condições descritas existia durante a gestação:

**a)** Doença anterior da mãe, como rubéola ou qualquer infecção não bacteriana provocada por vírus.

**b)** Histórico familiar de perda de audição em seus ascendentes.

**c)** Malformação congênita do ouvido externo.

**d)** Prematuridade ou baixo peso ao nascimento (2.500g ou menos).

**e)** Icterícia grave, por incompatibilidade de Rh ou outra causa (doença do fígado, septicemia e outras).

A possibilidade de perda ou diminuição da audição deverá ser investigada em qualquer idade da criança, se as seguintes condições estiverem presentes:

**a)** Infecção crônica do ouvido, otites médias

repetidas várias vezes.

**b)** Traumatismo (pancada) da cabeça ou fratura do crânio.

**c)** Doenças que incapacitem a criança, distúrbio de visão, distúrbio mental, emocional ou defeito físico, como a paralisia cerebral.

**d)** Meningite ou encefalite.

**e)** Doença renal hereditária na criança ou em pessoa próxima (tias, avós) da família.

**f)** Doença da tireoide (deficiência no funcionamento — hipotireoidismo).

**g)** Uso de medicamentos que possam prejudicar a audição, como alguns antibióticos denominados aminoglicosídios: gentamicina, amicacina, neomicina, tobramicina, netilmicina, canamicina, estreptomicina etc.

**h)** Tumores cerebrais.

**i)** Quando houver uma forma especial de otite média, chamada "serosa", de causa discutida, causada provavelmente pelo mau funcionamento da trompa de Eustáquio até os dez, doze anos de idade, o que provoca acúmulo de líquido seroso no interior do ouvido médio, sem dor. Crianças de audição normal e que, sem causa aparente, começam a apresentar

baixo rendimento escolar, cometendo erros nos seus ditados, a aumentar o volume de som da televisão etc. são suspeitas desta modalidade de otite média. Deverão ser logo enviadas ao especialista para o tratamento adequado (médico ou cirúrgico). Este último consiste em uma incisão (paracentese) na membrana do tímpano, aspiração do conteúdo líquido do ouvido médio e colocação de um tubo de ventilação, conhecido como carretel, que se elimina ao fim de alguns meses, com o paciente curado da surdez. A recidiva é rara.

## A SURDEZ

O diagnóstico precoce da surdez e o seu tratamento são dois problemas bem difíceis de se solucionar na pediatria, porque necessitam de verdadeira equipe: pediatra, otorrinolaringologista, audiologista, fonoaudiólogo e psicólogo. A surdez poderá ter causa congênita ou adquirida.

A surdez adquirida poderá ocorrer pela falta de uma das causas já mencionadas. Atualmente a surdez congênita poderá ser diagnosticada logo nas primeiras

semanas de vida, por meio de um teste conhecido pela sigla BERA, que permite, quando confirmada a surdez, aplicar um aparelho de audição já aos seis meses de vida, a fim de se ir criando uma "consciência sonora" no recém-nascido, o que facilitará o futuro aprendizado da linguagem.

Até os três meses, o bebê com problemas de audição se comporta identicamente a qualquer outro; sorri e chora normalmente. Entre os seis e os sete meses, começam as desconfianças, pois ele não responde aos sons provocados. Entre doze e dezesseis meses, não apresenta qualquer verbalização. O teste de audição por meio de assobios, sons de tambores e provocando reflexo palpebral (piscadelas) ao ruído é o mais usado. A determinação do grau de surdez exigirá uma série de exames. O tratamento deverá ser iniciado o mais precocemente possível, com estimulação após uma avaliação especializada da intensidade da surdez. As causas adquiridas, não considerando as congênitas, têm por fatores as otites graves e repetidas, as meningites, encefalites, a caxumba (que felizmente é unilateral), o uso continuado dos aminoglicosídios e outros fatores já mencionados.

# OTALGIA (DOR DE OUVIDO), OTITES

**a)** O bebê não tem condições de se queixar de dor de ouvido como a criança maior. O bebê com otite apresenta-se irritado ou apático, sonolento, inapetente, com tendência a vômitos ou diarreia.

**b)** Apertar seu ouvido, apesar da opinião geral, não é um teste seguro.

**c)** O bebê poderá se apresentar inquieto e chorar quando engole.

**d)** Mais de duas otites por ano exigirão uma pesquisa da causa predisponente.

**e)** A otalgia é raramente uma emergência. Ela poderá ser curada espontaneamente ou causar consequências sérias.

**f)** A medicação de que a família poderá fazer uso consistirá em um analgésico (aspirina ou outro) e uma compressa não muito quente sobre toda a orelha. Só instile gotas dentro do conduto auditivo com autorização médica. Entretanto, analgésicos para aplicação em gotas, antes do socorro médico, estão indicados para aliviar a dor.

**g)** "Abrir o ouvido", como dizem os leigos, que é o

corte cirúrgico do tímpano (membrana que limita o ouvido médio do externo, conduto auditivo), denominado miringotomia ou paracentese, às vezes terá de ser feito, para: 1) Aliviar a dor. 2) Auxiliar a cura. 3) Evitar lesão do aparelho auditivo. Nos casos mais delicados, deverá ser feito sob anestesia.

**h)** O tratamento não visa unicamente eliminar os sintomas, mas a infecção subjacente (que está por baixo), que poderá estar ativa por alguns dias depois do desaparecimento dos sintomas. Se o médico aconselhar que a medicação deverá ser ministrada durante sete, dez ou doze dias, a família deverá cumprir a prescrição para evitar recaídas.

**i)** O especialista deverá reexaminar a criança duas ou três semanas depois, para ter certeza de que a audição voltou ao normal.

**j)** Para aplicar gotas no ouvido, prescritas pelo médico, deve-se tomar os seguintes cuidados: deitar a criança com o lado do ouvido afetado para cima; puxar a orelha para trás, colocando o conduto auditivo para cima, pingar as gotas prescritas, uma ou duas, e tapar o canal com algodão para manter o medicamento dentro. No caso de otite dupla, repita os mesmos cuidados com o outro lado.

**k)** Em alguns casos difíceis de cura para a otite a colocação de um tubo plástico através do tímpano (carretel) torna-se necessário. Mais tarde ele será retirado, sem maiores complicações.

**l)** Quando a criança tem várias otites (infecção do ouvido médio) no ano, a extração das adenoides, ou das adenoides e amígdalas ao mesmo tempo, poderá ser a solução, e problemas na imunidade devem ser pesquisados.

**m)** A otite externa, inflamação do conduto auditivo, é mais comum em crianças que tomam banho de mar ou piscina. Protetores auriculares podem ser usados para prevenir otite de repetição.

**n)** Os bebês que mamam deitados de costas são mais suscetíveis a otites, devido à possibilidade da entrada de leite na trompa de Eustáquio, tubo que liga o ouvido médio à nasofaringe. As rolhas e tampões de borracha ou de plástico não têm se revelado eficientes.

## DOR DE GARGANTA — AMIGDALITE

As amigdalites e as dores de garganta têm sido um

problema para os pais no decorrer da criação do seu filho.

A dor de garganta é decorrente da inflamação aguda das amígdalas, que, quando associada à inflamação aguda do fundo da garganta, toma a denominação de "angina". Por vezes há pequenas placas esbranquiçadas sobre as amígdalas congestionadas. Além da dor à deglutição, por vezes poderão surgir também ardência e secura. Geralmente há sintomas gerais: mal-estar, calafrios, temperatura elevada (até 39ºC, 40ºC), dores musculares e nas articulações, gânglios debaixo do queixo, dores de ouvido reflexas. Na criança, evolui de três a seis dias, raramente mais. O tratamento consistirá em analgésicos, antitérmicos, aumento da ingestão de líquidos e repouso. De regra, a evolução é benigna, de modo que a administração de antibióticos deverá ser reservada para as formas mais graves e de febre persistente durante três, quatro dias, e neste caso o antibiótico deverá perdurar durante cerca de pelo menos seis dias, para evitar recidivas.

As amigdalites são frequentes nas crianças. Antigamente, a repetição de duas ou três anginas febris por ano já era motivo mais que suficiente de indicação para uma cirurgia. Atualmente sabe-se que

as amígdalas são órgãos que participam do sistema imunitário geral de defesa do organismo, de modo que a indicação cirúrgica foi rareando cada vez mais. Procura-se estimular o estado geral da criança por meio de alimentação adequada, estimular o apetite, levar vida ao ar livre, praticar natação etc. Com isto as amigdalites poderão diminuir, a criança se desenvolve e o sistema imunitário melhora gradativamente com o crescimento. As amigdalites praticamente desaparecem aos sete, oito anos de idade. No entanto, há exceções: crianças que, apesar de tudo, apresentam angina de dois em dois meses, por vezes mensalmente, e até a cada quinze dias. Problemas com imunidade ou doenças inflamatórias devem ser investigados.

Uma eventualidade de remoção cirúrgica é o aumento exagerado do volume das amígdalas, que chegam a ponto de impedir que a criança degluta alimentos sólidos. É comum haver, ao mesmo tempo, aumento acentuado das vegetações adenoides, o que impossibilita a respiração pelo nariz. A criança dorme com a boca aberta, baba no travesseiro e ronca durante o sono, que por vezes é interrompido por pausas respiratórias, denominadas apneia do sono, repetidas vezes durante a noite, o que acarreta

respiração insuficiente. Por isso mesmo essas crianças ficam sonolentas durante o dia. Além da respiração ruidosa, elas apresentam movimentos anormais durante o sono, com frequência caem da cama ou acordam assustadas e chorando sem causa aparente. O resultado da extração cirúrgica das amígdalas e adenoides neste caso é geralmente notável: o sono passa a ser tranquilo e silencioso logo no pós-operatório imediato. Alguns meses depois, as crianças tornam-se calmas e perdem a sonolência durante o dia.

## SINUSITE

Sinusite é a inflamação dos chamados "seios da face", quatro para cada lado: maxilar, frontal, etmoidal e esfenoidal. No lactente, o seio maxilar é apenas um prolongamento lateral da fossa nasal e já contém os "germes" dentários da segunda dentição. O seio frontal só começará a se formar dos cinco aos sete anos, portanto falar em sinusite frontal antes desta idade é um erro. Os seios se comunicam com as fossas nasais por meio de canalículos e orifícios. Por

isso, durante os resfriados, a inflamação causada pelas rinites, quando intensas, poderá por vezes atingir os seios e dar origem às sinusites agudas, que são caracterizadas por dois sintomas principais: dor e corrimento nasal do tipo catarral. Todo corrimento nasal unilateral ou mais nitidamente acentuado de um dos lados, durante um resfriado, deverá levar à suspeita de sinusite, e o paciente deverá ser levado a um especialista.

A rinite aguda do resfriado provoca frequentemente reação edematosa (inchaço) da mucosa dos seios maxilares na criança, que cede com o resfriado. No entanto, a radiografia assinala *velamento* dos seios maxilares, que é interpretado como sinusite e tratado indevidamente com antibióticos, por vezes em períodos longos, de vinte dias ou mais.

O tratamento consistirá em uso de antibiótico por um tempo prolongado (catorze a 21 dias).

## AS DOENÇAS DOS OLHOS

As doenças e anormalidades mais frequentes nos

olhos serão examinadas a seguir:

## Conjuntivite

O recém-nascido, nos primeiros dias de vida, pode apresentar uma irritação caracterizada por inchaço das pálpebras, vermelhidão ocular, lacrimejamento e secreção de muco. Trata-se de uma *conjuntivite química*, produzida pela solução de nitrato de prata, que é empregada para prevenir a infecção dos olhos por germes existentes no canal de parto. O tratamento deste tipo de inflamação é feito através da simples instilação de soro fisiológico gelado. Dentre as *conjuntivites* infecciosas, as formas mais comuns são produzidas por vírus e bactérias. As *conjuntivites viróticas* manifestam-se através de intensa vermelhidão ocular, marcante edema palpebral, lacrimejamento e secreção de muco. São também tratadas com soro fisiológico e compressas geladas. Dependendo da gravidade com que comprometem os olhos, podem exigir o uso de colírios anti-inflamatórios. As *conjuntivites bacterianas* produzem inflamação menos intensa e caracterizam-se pela presença de uma secreção nitidamente purulenta. O muco, muitas vezes, é confundido com o pus, que

tem consistência líquida, enquanto o outro é mais denso e elástico. As inflamações produzidas por bactérias são tratadas com colírios antibióticos. Existem ainda as *conjuntivites de origem alérgica*, que também ocasionam edema palpebral, vermelhidão ocular e lacrimejamento. Têm, no entanto, certas particularidades: um início abrupto, intenso prurido e grande edema da conjuntiva, que dão a impressão de existir uma gelatina na porção branca do globo ocular. Seu tratamento é feito com antialérgicos orais.

Por fim, a inflamação das conjuntivas também pode ser causada pelos próprios colírios (*conjuntivite medicamentosa*) e talvez seja esta a causa mais comum de conjuntivite nos dias de hoje. Por isso, o uso de colírio só deve ser feito com indicação do oftalmologista, pois alguns deles são capazes de produzir graves danos oculares, se empregados indevidamente.

## Inflamações palpebrais

As pálpebras possuem uma série de glândulas produtoras de gordura, que podem dar origem a diferentes tipos de inflamação. O *hordéolo* (terçol), por exemplo, é caracterizado por intensa inflamação

da pálpebra, que aparece inteiramente inchada e vermelha. Deve ser tratado com compressas geladas. No *calázio*, os sinais inflamatórios são mais discretos, há uma tumoração bem localizada (um caroço), de cor vermelha ou amarelada. É tratado com compressas quentes. A última condição é chamada *blefarite* e resulta da produção de uma gordura com qualidade alterada. Pode manifestar-se de forma discreta (coceira, secura, leve vermelhidão e flocos de gordura presos aos cílios), ou pode aparecer como intensa inflamação das bordas palpebrais (inchaço, espessamento e vermelhidão), acompanhada de conjuntivite e ceratite. Deve ser tratada por meio de compressas quentes e limpeza da região com colírio específico.

## Ametropias

São defeitos da refração ocular (do foco). A *miopia* compromete a qualidade da "visão de longe". As crianças míopes costumam ter maior interesse por atividades que envolvam o uso dos olhos para perto. O contrário ocorre com a *hipermetropia*, quando a criança tende a ter pouca concentração nas tarefas a curta distância, preferindo brincadeiras ao ar livre.

Quando maiores, já capazes de se queixarem, as crianças míopes relatam dificuldade para enxergar coisas distantes (quadro-negro, por exemplo), enquanto as hipermétropes são acometidas por dores de cabeça frequentes. Quanto ao astigmatismo, é uma condição que pode ter qualquer um dos defeitos citados, uma vez que existe nas formas miópica e hipermetrópica. Toda criança com cinco-seis anos antes de iniciar a alfabetização deverá passar por um exame oftalmológico.

## Estrabismo (olho torto, vesgo)

Durante as primeiras semanas de vida são normais os desvios ocasionais dos olhos, que se devem ao estado de imaturidade do sistema visual. Nesta fase, só merecem ser investigados aqueles que acontecem de forma contínua. Posições anormais da cabeça (crianças que olham de lado) podem ser um meio de compensar os efeitos visuais de um desvio ocular e por isso também devem ser investigadas. Algumas vezes, os cantos internos das fendas palpebrais são mais afastados do que o normal (telecanto), ou então se encontram encobertos por uma prega de pele vinda da testa (epicanto). Nessas condições, que

tendem a desaparecer com o crescimento, os olhos parecem estar desviados para dentro (pseudoestrabismo). O diagnóstico do estrabismo deve ser feito o mais cedo possível, para que o tratamento possa alcançar resultados funcionais satisfatórios e não apenas estéticos.

## Nistagmo congênito

É caracterizado por movimentos involuntários dos olhos, que parecem tremer muito rapidamente e de forma oscilatória. O problema tem causa desconhecida e nenhum tipo de tratamento. Não costuma, entretanto, ocasionar um comprometimento da acuidade visual, ou seja, a criança, apesar do nistagmo, pode enxergar perfeitamente. Um neurologista deverá ser avaliado para descartar causa neurológica.

## Catarata

É a opacidade do cristalino. Poderá apresentar-se ao nascimento ou se desenvolver durante a infância ou a adolescência. A congênita é, na maioria das

vezes, provocada por infecções adquiridas durante a gravidez, como a toxoplasmose, e principalmente a rubéola, quando esta ocorre durante os três primeiros meses de gestação. Algumas doenças, como o diabetes e a insuficiência da paratireoide, são causas que deverão ser analisadas. A catarata traumática é uma infelicidade possível nas crianças em idade escolar. A idade adequada para a cirurgia dependerá das possibilidades da visão, o que somente o oftalmologista poderá avaliar. O exame do olhinho é importante no diagnóstico de catarata congênita.

## Obstrução do conduto nasolacrimal

Este conduto é responsável pela drenagem da lágrima até a cavidade nasal. Originariamente fechado por uma membrana, ele se torna permeável com o nascimento. Quando isto não ocorre, o que é relativamente comum, a lágrima não encontra saída e acaba transbordando (lacrimejamento). Esta disfunção pode ser acompanhada por conjuntivite, já que a retenção da lágrima facilita a proliferação de germes, ou pode dar origem a uma inflamação do saco lacrimal (dacriocistite). Tal complicação é bastante rara e se caracteriza pelo aparecimento de

uma elevação avermelhada na parte lateral do nariz, próximo ao ângulo interno da fenda palpebral. Quanto ao tratamento da obstrução, deve ser inicialmente feito através de constante lavagem dos olhos (com soro fisiológico) e massagens, que visam a forçar a passagem da lágrima através da porção obstruída do conduto. Quando isto não tem efeito, deve-se sondar (desobstrução cirúrgica) esta estrutura para romper a membrana persistente, no consultório do oftalmologista.

## Fibroplasia retrolenticular

É uma doença da retina que ocorre quase exclusivamente em bebês prematuros. É invariavelmente bilateral, isto é, atacando os dois olhos. A doença se manifesta pelo estreitamento das pequenas artérias da retina, seguida de dilatação e tortuosidade. É provocada por excesso de oxigênio no sangue, quando o bebê fica na incubadora por muito tempo, sob ação de grande concentração de oxigênio. É mais fácil evitá-la do que curá-la. A concentração de oxigênio na incubadora deverá ser em torno de 40%. Esta concentração somente poderá ser aumentada sob vigilância e indicação exclusiva do médico. Nas

maternidades do Brasil a vigilância tem sido satisfatória, porque os casos de fibroplasia retrolenticular têm sido raros. Entretanto, todo bebê prematuro deverá ser submetido ao exame oftalmológico a cada dois meses nos primeiros seis meses de vida. A maioria dos casos apresenta regressão espontânea. O tratamento deverá ser feito pelo oftalmologista.

## Glaucoma congênito

É uma condição rara, causada pelo aumento da pressão intraocular e subsequente lesão do nervo óptico, com irreversíveis danos visuais. Na criança, tal condição pode ser identificada através de alguns sinais que dependem da época em que o problema se instala. Até o primeiro ano de vida, o edema da córnea é o mais significativo deles. Esta estrutura perde a transparência, ficando com aparência turva e azulada. A criança demonstra desconforto à luz, cobrindo os olhos com as mãos. Depois do primeiro ano o edema dificilmente ocorre. Em vez disso, a córnea torna-se apenas aumentada e, não raramente, a criança é elogiada pelos grandes olhos que possui. Após o terceiro ano, é a esclera que distende, gerando

um aumento no tamanho do globo ocular e, com isso, uma miopia. O tratamento do glaucoma congênito é cirúrgico e precisa ser realizado o mais precocemente possível.

## AS DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO

Os problemas do sistema nervoso na infância ocupam grande parte da preocupação dos pais, devido à variedade de sintomas que podem apresentar. A experiente neuropediatra Dra. Andrea Bacelar (Rio de Janeiro) analisa de modo prático as diversas condições clínicas mais comuns.

### Transtorno do déficit de atenção/Hiperatividade (TDAH)

Antigamente chamada de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e modificada em 1975 por Lefèvre para síndrome do déficit de atenção, hoje é conhecido por TDAH. É estimado que 5% das crianças em idade escolar tenham este transtorno, sendo predominante no sexo masculino.

O TDAH pode ser dividido em três grupos (DSM IV TR, de 2002):

**1)** Predominantemente desatento.

**2)** Predominantemente hiperativo-impulsivo.

**3)** Combinado.

As principais manifestações que essas crianças apresentam são falha no controle da atenção (distração), impulsividade, agressividade, hiperatividade (nunca estão cansadas), baixa tolerância a frustrações, instabilidade emocional e irritabilidade. Deve-se ter cautela para diferenciar esse excesso de uma criança normal e apenas desatenta daquelas hiperativas ou com baixo QI (coeficiente de inteligência).

## Critérios para diagnóstico de TDAH

É necessário haver pelo menos seis repostas "Bastante" ou "Sempre". Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade. Esses sintomas devem comprometer pelo menos dois contextos diferentes (na escola ou trabalho e em casa). Deve haver problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar. Devem-se afastar outros

transtornos mentais que possam apresentar alguns desses sintomas.

## Critérios: raramente/pouco/bastante/sempre

**1)** Ele presta pouca atenção em detalhes e comete erros por falta de atenção nos deveres?

**2)** Ele tem dificuldades de ficar concentrado nos deveres e também em jogos?

**3)** Ele parece estar prestando atenção em outras coisas quando se fala com ele?

**4)** Ele tem dificuldades em seguir instruções até o fim ou deixa os deveres sem terminar?

**5)** Ele é desorganizado com os deveres e com outras atividades do dia a dia?

**6)** Ele evita ou tem antipatia por deveres ou atividades que exijam concentração?

**7)** Ele perde material da escola ou coisas do dia a dia?

**8)** Ele se distrai com facilidade com coisas fora daquilo que está fazendo?

**9)** Ele se esquece de coisas que deveria fazer no dia a dia?

**10)** Ele mexe com as mãos e com os pés quando está sentado ou se mexe muito na cadeira?

**11)** Ele sai do lugar em sala de aula ou em situações em que deveria estar sentado?

**12)** Ele corre ou sobe nas coisas quando deveria ficar tranquilo?

**13)** Ele tem dificuldades de ficar em silêncio enquanto brinca?

**14)** Ele é elétrico e fica a mil por hora?

**15)** Ele fala demais?

**16)** Ele responde às perguntas antes de outros terminarem de falar?

**17)** Ele tem dificuldade de esperar a vez?

**18)** Ele interrompe os outros ou se mete na conversa dos outros?

O eletroencefalograma poderá ser uma ferramenta necessária para o diagnóstico diferencial, assim como potenciais evocados, estudos por imagem, avaliação de componentes do sangue ou testes neuropsicológicos poderão ser solicitados caso o neurologista ache conveniente prosseguir na investigação.

Para se propor um tratamento medicamentoso o

especialista deve estar convencido do diagnóstico e avaliar se há outras manifestações associadas. É extremamente eficaz e seguro quando prescrito na dose e no horário corretos.

Atualmente qualquer criança agitada e às vezes mal-educada é chamada de hiperativa. Deve-se ter cuidado com este diagnóstico, até porque o tratamento medicamentoso apresenta inúmeros efeitos colaterais. Assim, o diagnóstico, deverá ser realizado por médicos competentes (de preferência psiquiatras) e iniciado o tratamento sempre que indicado.

## O eletroencefalograma (EEG)

É o registro e a análise dos potenciais elétricos gerados pelo cérebro e captados na superfície do couro cabeludo. É um exame complementar inócuo, indolor, sem contraindicações à sua realização.

Para este exame é necessário que a criança permaneça em repouso psicossensorial por, no mínimo, vinte minutos. Por este motivo, muitas vezes é necessário que as crianças menores de cinco anos estejam dormindo, e, para isto, pede-se que a criança chegue ao local em que irá realizar o exame

bastante cansada e que não durma no trajeto. Algumas vezes essas manobras são suficientes para que a criança adormeça em um sono espontâneo. Outras vezes é necessário administrar um sedativo leve.

O EEG dá informações das diversas ondas elétricas do córtex cerebral, através da sua forma, do seu tamanho, da sua velocidade, localização etc.

Essas informações serão analisadas conforme a idade do paciente, para determinar se são ou não normais para a idade cronológica.

O sono funciona como ativador da atividade elétrica, sensibilizando o exame e facilitando o aparecimento de alterações não observáveis durante os momentos em atividade.

Da mesma forma que existem manobras para potencializar uma alteração no traçado, também alguns estados físicos poderão ser suficientes para gerar alterações eletrográficas (no traçado) ou eletroclínicas (através de uma crise). São eles: estados febris, cansaço, tensão emocional, hipoglicemia, calor intenso, enfim, fatores fora da normalidade do organismo.

O termo disritmia, que significa somente alteração do ritmo do traçado eletroencefalográfico, foi

abandonado da prática médica, pois estava sendo utilizado com vários fins e assustando muitas mães de crianças que tiveram uma crise ou um eletro alterado. Este termo jamais deverá ser usado como sinônimo de epilepsia.

O EEG é um exame indicado para esclarecer uma dúvida ou uma investigação feita pelo médico. Pelo fato de a atividade cerebral captada ser diferente a cada segundo de traçado, poderemos observar traçados completamente normais em pacientes comprovadamente epilépticos, pois naquele intervalo de tempo não se deflagrou nenhum elemento anormal. O contrário, da mesma forma, também é verdadeiro. Pode-se ter crianças sem queixas específicas, cujo traçado apresente alterações, às vezes até com descargas irritativas, porém não suficiente para gerar uma crise clínica. Isto ocorre devido a uma tolerância que o organismo possui para suportar determinada quantidade de descargas.

Nos casos em que a suspeita de epilepsia é confirmada, o EEG é de grande importância, pois poderá diagnosticar e classificar o tipo de epilepsia, bem como acompanhar sua evolução e como aquele cérebro está respondendo aos medicamentos ministrados.

Atualmente o EEG já pode ser realizado por computador, de forma digital, e pelo mapeamento é possível topografar, com maior precisão, as lesões cerebrais.

As drogas antepilépticas (DAE) são medicamentos prescritos e acompanhados por neurologistas, tendo como finalidade aumentar o limiar para o desenvolvimento de crises, formando uma área amortecedora, de segurança. Deverão ser tomados diariamente e não poderão ser suspensos abruptamente.

## Disritmia

Quando o eletroencefalograma registra alterações na atividade dos neurônios, seu traçado apresenta um distúrbio do ritmo, ou disritmia. Disritmia, portanto, nada mais é do que um exame alterado, e não uma doença. A epilepsia poderá provocar disritmia (alteração do ritmo de atividade cerebral), mas algumas pessoas, mesmo sem ter epilepsia, poderão apresentar exames ao eletroencefalograma alterados (com disritmia), e isto não caracterizará doença, nem terá indicação de tratamento.

## Microcefalia

É caracterizada pela diminuição do perímetro cefálico (circunferência do crânio). O diagnóstico que costuma causar alguma confusão com a microcefalia é o fechamento precoce das suturas cranianas. Neste último caso há sinais de aumento da pressão intracraniana, com alterações típicas no exame de fundo do olho e nas radiografias do crânio.

As causas mais frequentes são infecções intrauterinas (rubéola e toxoplasmose), tóxicos perinatais (alcoolismo materno, uso de alguns anticonvulsivos e irradiação), síndromes geneticamente determinadas, anoxia neonatal etc.

Esta enfermidade não tem nenhum tratamento específico. Ao contrário, no caso do fechamento precoce das suturas cranianas recomenda-se a intervenção cirúrgica o mais rapidamente possível. O prognóstico da criança microcefálica é reservado no que diz respeito à sua inteligência.

## Hidrocefalia

É caracterizada pelo acúmulo anormal de líquido que habitualmente enche os ventrículos cerebrais.

Neste caso, as fontanelas (moleira) estão muito abertas e tensas. Tirar a medida do perímetro cefálico deverá ser uma prática rotineira nos primeiros dois anos de vida. Neste paciente haverá uma aceleração na velocidade de crescimento do perímetro cefálico, revelando a hidrocefalia. Outro dado que poderá ser usado é a medida do perímetro da cabeça em relação à do tórax. Ao nascer, em condições normais, o perímetro da cabeça é dois centímetros maior do que o do tórax. A tendência é diminuir esta diferença, com a cabeça crescendo menos que o tórax, e, aos seis meses, o perímetro torácico já deverá ser maior do que o cefálico. Na hidrocefalia, a diferença entre o perímetro cefálico e o perímetro torácico, observada inicialmente, em vez de diminuir, aumenta, ao mesmo tempo que a compressão e a distribuição dos centros nervosos deterioram as funções cerebrais e afetam o estado geral. Quando o quadro de hidrocefalia é evidente na época do parto, o prognóstico é reservado, devido à possibilidade de compressão extrema do cérebro.

Quando houver suspeita, a medida da circunferência craniana deverá ser executada de sete em sete dias. As causas são diversas:

**a)** Deformação do sistema nervoso (congênita).

**b)** Toxoplasmose ou meningites.

**c)** Traumatismo, hemorragia durante o parto.

**d)** Tumoral, de natureza grave, maligna ou benigna (cistos).

## Criança de zero a dois anos

Os sinais dominantes nesta faixa etária são a macrocefalia (aumento da circunferência do crânio) e anormalidades do movimento ocular — a criança fica com os olhos voltados para baixo (o chamado "olhar de sol poente"). A cabeça poderá apresentar coloração brilhante e a fontanela (moleira) apresentar-se aumentada e tensa.

## Criança de dois a dez anos

Nesta fase, as manifestações clínicas variam, dependendo da forma de instalação. Caso seja aguda, haverá aumento abrupto da pressão intracraniana, gerando sintomas como dor de cabeça, náuseas, vômitos e distúrbios visuais. As causas mais frequentes para a instalação aguda são hipertensão intracraniana e tumores na fossa posterior. No caso da instalação crônica, esta decorre de um bloqueio incompleto da circulação do liquor, e, neste caso, os fenômenos de compensação permitem uma evolução

mais lenta dos sintomas.

O tratamento variará conforme o caso. Enquanto a hidrocefalia for estável, isto é, sem progressão, e se o estado geral for satisfatório, não será necessário intervir. Deverá ser feito somente tratamento medicamentoso ou punções lombares repetidas. Estando em progressão, a intervenção cirúrgica será recomendada, tanto para o tratamento da causa básica como para colocação de válvula de drenagem do liquor em excesso.

## Espinha bífida

É conhecida pelos especialistas como mielodisplasia. É um defeito congênito da medula espinhal, com alteração concomitante das vértebras. Seu aparecimento se dá na proporção aproximada de 1/1.000 nascimentos e aumenta para 5/1.000 nascidos vivos em irmãos de pacientes com esta enfermidade. Existe um tipo chamado espinha bífida oculta, que é o tipo mais comum, sem sinais externos. Às vezes é a surpresa de um exame radiológico da coluna vertebral, pedido por qualquer outra razão. Nos casos mais graves, ela se apresenta como um tumor à altura da coluna vertebral, de

consistência mole, contendo tecido nervoso da medula, e a pele que o recobre poderá estar perfeita ou sem o revestimento epidérmico, mostrando, então, coloração vermelha. Esta forma é a mais grave, pela possibilidade de infecção ou ruptura, com a liberação do líquido cefalorraquiano. A espinha bífida poderá vir acompanhada, em alguns casos, de alterações no controle neurológico, tornando difícil para o paciente urinar e defecar, e outras vezes para movimentar as pernas. Existem casos que não apresentam qualquer manifestação, sobretudo nos de espinha bífida oculta. A causa ainda é obscura. Parece haver um fator genético (hereditário, de tendência familiar). É três vezes mais frequente no bebê do sexo masculino.

No caso de a bolsa formada conter unicamente liquor recoberto pela meninge, denomina-se meningocele. Quando, além do liquor, houver medula (tecido nervoso), denomina-se mielomeningocele, ou mielosquise, dependendo de quando o defeito se formou: após quatro semanas de gestação, no primeiro caso, e antes de quatro semanas de gestação, no último e também o mais grave.

As alterações neurológicas mais observadas nas mielomeningoceles são a disfunção urinária, em 90%

dos casos, e as lesões motoras nos membros inferiores, classificadas em cinco graus: grau 1 — paralisia completa dos membros inferiores; grau 2 — é preservada a flexão dos músculos; grau 3 — estando preservada a extensão das pernas; grau 4 — quando há somente transtorno esfincteriano; grau 5 — com exame neurológico normal (meningocele).

A correção cirúrgica da mielomeningocele deverá ser realizada nas primeiras 48 horas de vida, pelo risco de causar meningite. Os resultados são imprevisíveis, exigindo assistência multidisciplinar.

O diagnóstico durante a gravidez poderá ser feito pela ultrassonografia e deverá ser recomendado se houver casos na família.

## Síndrome de Down

Antigamente chamado de monogolismo (nome que hoje deve ser evitado pelo caráter preconceituoso). É, sem dúvida, uma das principais causas de atraso mental na infância. O coeficiente de inteligência é, em média, 50, quando analisado aos cinco anos de idade. A prevalência ao nascer depende da idade materna, sabendo-se que mães acima dos 35 anos apresentam maior chance de gerar crianças com

esta alteração. A incidência é de 1/600.

O aspecto da criança é particular, parecendo que todos são irmãos. O crânio é pequeno, achatado da frente para trás, as orelhas são pequenas, o rosto arredondado, os dentes irregulares e pontiagudos, a língua é proeminente, os cabelos são lisos, o nariz é chato e os olhos são amendoados, sendo o ângulo interno recoberto por uma dobra de pele (epicanto). São crianças carinhosas e dóceis. A causa da doença reside na presença de um cromossomo extra (trissomia do cromossomo 21).

O tratamento específico, apesar de estudos profundos e executados por pesquisadores competentes, até hoje não obteve êxito. A aplicação de hormônios, vitaminas, substâncias químicas e extratos cerebrais não foi correspondida. As melhoras obtidas são próprias de cada caso, uns mais benignos, outros mais graves. Às vezes é necessário tratar a apneia do sono (ver nos distúrbios do sono) devido à macroglossia. Outros se dedicam à música e conseguem executá-la relativamente bem. Um fato curioso, todos os que sofrem da anomalia gostam de ouvir música desde pequenos.

Pode-se evitar a síndrome de Down?

Há dois grupos que apresentam alta probabilidade

de gerar crianças com a anomalia.

**1)** Quando a mãe está próxima do término da sua capacidade reprodutiva, por volta dos quarenta anos. Nesta idade há um aumento do risco de anormalidade dos cromossomos, conhecida tecnicamente como "não disjunção".

**2)** Quando a mãe é portadora de um defeito genético chamado "translocação", poderá ter três tipos de filhos: normais, normais, mas também portadores da translocação, e portadores de síntrome de Down.

**3)** Quando o pai é o portador da "translocação", os filhos raramente são portadores da síndrome de Down, embora alguns deles sejam "portadores" sãos da doença.

O geneticista deverá ser chamado para orientar a família em relação ao risco de repetição da doença, o que exigirá estudo dos antecedentes genéticos familiares e o exame dos cromossomos pela cariotipagem.

Em alguns casos de risco elevado de repetição da doença, estará indicada a amniocentese, com a análise cromossômica das células fetais assim obtidas, podendo então ser determinado, geralmente entre a 16ª e a 18ª semana de gestação, se o feto é portador

ou não da anomalia.

Não há tratamento específico. Há várias instituições que poderão ser contactadas para a obtenção de mais informações. No Rio de Janeiro temos o Instituto Meta Social, SIM-Down, projeto Rio-Down e APPS-Down. Sempre é importante reforçar a ideia de que o paciente com síndrome de Down tem grande possibilidade de se desenvolver como pessoa, desde que apoiado e estimulado pela família e pelos amigos.

## Paralisia cerebral

Tecnicamente chamada de Encefalopatia Crônica da Infância, é uma alteração definitiva dos movimentos e postura (aspecto físico, atitudes) que aparece nos primeiros anos de vida, causada pela desorganização das células cerebrais, não progressiva durante o desenvolvimento da criança.

A modalidade da alteração dos movimentos dos braços, das pernas, do pescoço e do tronco poderá variar, desde a hipotonia, a flacidez, a fraqueza, até a contratura, a dureza, a rigidez. De modo geral, não há cura para esta desorganização funcional do cérebro, e até o momento este é um problema para toda a vida.

Além da incapacidade dos movimentos e da postura, outras emulações poderão se manifestar:

- 16% apresentam problemas de visão.
- 49% apresentam problemas de audição e fala.
- 35% apresentam problemas mentais.

Quando não existem alterações motoras evidentes dos braços e das pernas, as outras modalidades de paralisia cerebral só se revelarão após a criança completar o primeiro ano, ou mesmo mais tarde, quando ela começar a ser iniciada na aprendizagem da leitura e em outras tarefas escolares. As causas de paralisia cerebral são as doenças que podem acarretar lesão e prejuízo ao cérebro.

As causas são classificadas em função da etapa em que a agressão ocorre. No período pré-natal, temos problemas genéticos, que são a minoria, infecções intrauterinas (rubéola, toxoplasmose,

citomegalovírus), efeitos de alguns tóxicos próprios ou exógenos (diabetes materno e álcool) e traumatismos. A lesão cerebral dependerá do estágio de maturação em que se encontra o sistema nervoso, isto é, quanto mais precoce, mais grave. Dentre as causas perinatais, as mais conhecidas são os trabalhos de parto demorados, com sofrimento fetal, podendo gerar hipoxia, acidose e hipoglicemia (diminuição da taxa de açúcar no sangue).

A icterícia, que poderá ocorrer no recém-nascido por incompatibilidade de Rh, pode ser prevenida atualmente, e, com isto, a encefalopatia secundária à *kernicterus* vem, praticamente, desaparecendo.

Outra grande causa perinatal é a prematuridade e o baixo peso ao nascimento. Bebês com menos de 2.500 gramas apresentam mais possibilidades de ser atingidos.

Dentre as causas pós-natais, as infecções, principalmente as meningites, as intoxicações e os traumatismos, são os mais importantes geradores de sequelas irreversíveis.

O tratamento, antes de tudo, é fisioterápico, educacional e ocupacional. As escolas deveriam ser especiais para acolher, de forma global, as crianças excepcionais, devendo trabalhar a psicomotricidade e

desenvolver as terapias ocupacionais.

Não há nenhuma medicação específica para o tratamento da causa básica. Pode-se utilizar medicações com o intuito de melhorar a espasticidade (rigidez), como miorrelaxantes e toxina botulínica, os refluxos gástricos e as alterações de esfíncteres. Epilepsia secundária às lesões cerebrais podem estar presentes e também serão tratadas com DAE.

## Crianças que engolem o choro

Na classificação médica, estão no grupo das síncopes infantojuvenis. Esses episódios poderão aparecer após uma crise de choro, em momentos de ansiedade, angústia, tensão emocional e em mudanças bruscas de posição.

A perda do fôlego poderá representar um perigo na educação da criança, pois, temendo um novo acesso, os pais passam a não contrariar o filho, que usa este recurso para ameaçá-los.

O tratamento exigirá o diagnóstico diferencial adequado de outras enfermidades, como problemas cardíacos, epilepsia e laringoespasmos. Com o diagnóstico, os pais devem ser esclarecidos sobre o caráter benigno do quadro.

## Crianças que custam a andar e a falar

Alguns pais ficam bastante apreensivos quando seu bebê não consegue sustentar a própria cabeça aos três meses de idade, não consegue se sentar aos seis, não consegue ficar de pé aos nove e não ensaia os primeiros passos aos doze, o que é natural. Os membros inferiores e os músculos, em geral, são moles. Embora o bebê se movimente bem quando está deitado, não o faz com postura satisfatória quando sentado ou em pé. Se esta hipotonia muscular vem acompanhada de atraso na idade mental, o bebê não realiza os testes deste livro, nos diferentes capítulos. Está, então, caracterizado o retardo na evolução psicomotora, que traduz incapacidade dos centros nervosos. Existem casos em que o problema é apenas muscular, e não mental. Embora os movimentos sejam lentos, eles têm sua inteligência normal.

A causa mais comum desta situação é por ter havido algum problema durante o parto; quando é um parto difícil, demorado, cirúrgico, havendo necessidade de reanimação artificial do bebê para respirar e chorar. Traumatismo craniano, ou asfixia, ao nascimento, provoca uma diminuição no

desenvolvimento psicomotor do bebê. Se ele teve hemorragia cerebral, a possibilidade de recuperação satisfatória é pequena. Não havendo hemorragia, a criança melhora progressivamente. O tratamento deverá ser feito com muito estímulo, através de exercícios, ginástica, massagens e estimulação psicossensorial.

## Epilepsia

Uma crise epiléptica é a exteriorização, no organismo do doente, de uma descarga dos neurônios, que, dependendo da sua localização, se manifestará de formas diferentes. Por exemplo, um foco epiléptico no lobo temporal poderá levar a crises de "ausência", com a pessoa olhando fixamente, por vezes apresentando movimentos mastigatórios, repetitivos, com as mãos, e, se a chamarmos, são incapazes de responder, embora mantenham-se despertas.

Não é uma doença isolada. Esta expressão representa um conjunto de sintomas e manifestações neurológicas que poderão ter várias causas, como tumores, derrames, hereditariedade, fatores genéticos, parasitas, tocotraumatismos, infecções congênitas. São

desordens neurológicas paroxísticas, sempre relacionadas a uma crise de instalação e término abruptos, com características clínicas variadas.

A epilepsia poderá se manifestar por uma convulsão, com perda total ou parcial da consciência e abalos musculares tônicos (rigidez) e/ou clônicos (contração e relaxamento muscular). Uma convulsão sem perda da consciência, havendo somente rigidez muscular, também é possível. Pode manifestar-se, também, como um desligamento momentâneo da realidade, que são as ausências, entre outras formas de expressão das crises. Crises epilépticas, portanto, nem sempre são acompanhadas de convulsões.

Para este diagnóstico ser feito, haverá a necessidade de repetição dos ataques com as mesmas características.

O EEG é o exame próprio para se avaliar a atividade elétrica cortical e tentar classificar o tipo de epilepsia e a principal área do cérebro atingida, para posterior indicação de medicação de primeira escolha.

O tratamento é sempre a longo prazo, com duração mínima de dois anos. O prognóstico dependerá de muitos fatores, mas a assiduidade ao tratamento, a observação da medicação e o controle frequentemente feito pelo EEG poderão levar a um

resultado satisfatório.

A indústria farmacêutica dispõe de uma série de medicamentos para controlar a epilepsia. Entretanto, esta escolha deverá sempre ser feita por um especialista, que saberá qual é a droga antiepilética DAE mais indicada para aquele tipo de crise, sua dose e sua forma de adminstração. A principal causa da repetição das crises é a não aderência ao tratamento. Deixar de dar uma dose do medicamento prescrito poderá ser suficiente para que a criança tenha outra crise.

**Causas da epilepsia.** Os motivos que levam estes neurônios a se comportarem desta maneira são os mais diversos. Algumas pessoas nascem com essas alterações por motivos genéticos. Existem fatores desencadeantes de crises epilépticas em pessoas já suscetíveis e não é raro encontrarmos a associação destas duas condições: predisposição genética e fator desencadeante. Entre estes fatores destacam-se os mais comuns: privação do sono (ficar muitas horas sem dormir), hipoglicemia (ficar muitas horas sem se alimentar), exposição a estímulos visuais que alternem luzes e sombra, e estresse. As crises epilépticas poderão estar associadas a situações

transitórias, como febre (convulsão febril), intoxicação por drogas, como álcool, cocaína e outras (que interferem na atividade dos neurônios), alterações do metabolismo (hipoglicemia, por exemplo) e outras. Existem, ainda, doenças que poderão se manifestar com crises epilépticas.

## Encefalite

Denomina-se encefalite o processo inflamatório que atinge o encéfalo (cérebro). Às vezes esta inflamação se estende às meninges (membranas que recobrem o cérebro), causando a meningite, o que se denomina meningoencefalite. São diversas as causas:

**a)** Viroses.

**b)** Infecções bacterianas.

**c)** Processos alérgicos.

**d)** Infestações parasitárias (cisticercose, toxoplasmose).

**e)** Infecção micótica (causada por fungos).

**f)** Imunológicas (criação de anticorpos contra as nossas células).

Os sintomas dependem da severidade do

comprometimento, da localização, da extensão e do agente responsável. Alguns doentes são levemente afetados, e outros já iniciam a doença com sinais graves. Os sintomas são diversos: febre, convulsões, alucinações, cefaleia (dor de cabeça forte), náuseas, vômitos, dor abdominal e rigidez muscular, estupor (o doente, embora desperto, não reage às excitações, mantendo-se imóvel), evacuações ou micções involuntárias, desvio dos olhos.

O tratamento dependerá da causa e da evolução clínica. Apesar de ser uma doença grave, a cura absoluta, sem deixar sequelas, é possível na maioria dos casos.

## Delírio e confusão mental na criança

A criança em delírio e confusão mental se apresenta incoerente de ideias, sem coordenação dos movimentos e percepção dos sentidos (visão, audição, tato) e com desconhecimento das pessoas presentes.

A criança em confusão mental poderá se apresentar:

**1)** Agitada, querendo sair da cama, sacudindo os braços e as pernas, batendo nas pessoas.

**2)** Deprimida, astênica, indiferente, sem agitação motora.

**3)** Delirante, tendo alucinações visuais, vendo bichos, fantasmas ou ouvindo gritos. Atenção: existem casos em que a criança se apresenta muito agitada, se debatendo, gritando, sacudindo as pernas e os braços, sem haver confusão mental, em períodos descontínuos. Este estado é influenciado pelo ambiente. São crianças exibicionistas, que poderão ser controladas pelos pais, com calma e geralmente sem medicamentos.

## Causas:

**a)** Elevação de temperatura ou estado febril, comum nas moléstias infecciosas, ou então em casos de insolação (exposição ao sol) ou de internação em ambiente quente, sem ventilação, tumultuado.

**b)** Sem febre (sem elevação de temperatura), acidentes, quedas, pancadas, traumatismos da cabeça e intoxicação (por remédios, álcool, arsênico ou desinfetantes).

**c)** Problemas mentais, crises convulsivas, surtos psicóticos. Nestes casos, a criança já deverá estar sob controle médico e os pais já deverão ter sido

instruídos sobre qual medicamento deverá ser administrado.

Tratamento. Dependerá da causa que provocou a crise.

No caso de haver febre, deve-se procurar baixar a temperatura com antitérmicos orais ou retais, banhos frios ou, até mesmo, com a colocação de bolsas de gelo nas dobras da pele.

Os calmantes ou sedativos (como diazepínicos, antialérgicos ou barbitúricos) somente deverão ser administrados sob orientação médica, pois poderão modificar o estado de consciência da criança, mascarando qualquer quadro clínico.

## Distúrbios do sono na infância

As crianças estão dormindo menos do que o recomendado por especialistas, e os pais, normalmente, não conhecem as melhores práticas para o sono dos filhos e deixam passar despercebido o fato de eles não dormirem o suficiente. Os malefícios desta rotina aparecem com o tempo.

As novas tecnologias têm influência direta sobre a falta de sono das crianças, que antes de aprender a

segurar um lápis já estão manuseando um mouse. A internet, os brinquedos eletrônicos e a TV são artifícios que dispersam as crianças da hora de dormir. A criança passa então a adotar o ritmo de vida de um adulto, criando um círculo vicioso diário.

Este quadro pode gerar insônia infantil num momento da vida em que dormir tem influências diretas sobre a saúde e o comportamento. O sono prejudicado pode resultar em choro fácil, irritabilidade, mau humor, falta de atenção, dependência de quem cuida dela e problemas de crescimento, já que o hormônio GH, de crescimento, só é produzido durante o sono.

Hiperatividade, déficit de atenção e até envelhecimento celular são os riscos a que são submetidas 20% das crianças brasileiras que sofrem de insônia crônica. O distúrbio se apresenta de várias formas, entre elas: dificuldade para dormir, acordar várias vezes de madrugada, ter um despertar precoce, além do sono não reparador, que é insuficiente para se ter um alerta adequado e um bem-estar físico e mental durante o dia. Tudo isso é insônia. Nas que estão em idade escolar, são notados fracasso nas notas finais, insegurança, timidez e dificuldade de relacionamento.

O sono é fundamental para reparar toda a energia gasta durante o dia e para consolidar a memória, já que o que se vive e se aprende durante o dia é armazenado à noite e, adequadamente, consolidado com o sono. Além disso, o indivíduo precisa de um tempo de sono e de uma qualidade boa de sono com percentuais adequados para se ter uma arquitetura do sono ideal. Cada criança tem o seu ritmo, ou seja, o tempo total de sono é individual, mas a criança pode ser disciplinada.

A partir dos cinco anos de idade, quando a criança entra na fase inicial do Ensino Fundamental, não há mais a necessidade do cochilo diurno. É nesse momento que os pais devem determinar para os filhos hábitos bem regulares do horário para ir para cama e respeitar o tempo total de sono de cada um, que nesta fase é de dez a onze horas por noite.

A alimentação entra como ponto importante para o fator sono. A cafeína, por exemplo, é um excitante do sistema nervoso central e a ingestão desta e de outras substâncias, como a cola dos refrigerantes e os chocolates, pode privar a criança de horas de sono.

Carboidratos também devem ser evitados próximos da hora de dormir — arroz, macarrão, bolo, amido em geral. Ingerindo diariamente e em

excesso esses alimentos, a criança pode sentir incômodos na hora de dormir por causa da "barriga cheia", e ainda acumular gordura por não queimar a energia acumulada com a ingestão desses carboidratos, tornando-se uma criança obesa. O carboidrato também inibe a produção do hormônio GH. A criança que dorme pouco, que dorme mal e que faz a maior refeição próximo da hora de dormir cresce pouco. Então, não apenas o sono, mas o desenvolvimento físico dessa criança também fica comprometido.

Para garantir um sono adequado para a criança, é fundamental organizar uma rotina para todas as noites. Desacelerar a criança uma hora antes da hora de dormir ajuda muito. Dê um bom banho para relaxar, coloque roupas adequadas (pijamas), escove seus dentes e indique o caminho da cama. E dê um beijo de boa-noite.

## O que funciona

**1)** Ensinar a criança a dormir sozinha.

**2)** Criar uma rotina de horários de ir para a cama e atividades.

**3)** Ir até a cama ou berço quando ela está insone, mas

nunca tirá-la de lá.

**4)** Mostrar segurança na hora de levá-la para a cama. Ela precisa compreender que realmente é hora de dormir.

**5)** O ambiente do quarto deve ser confortável, com baixa luminosidade.

**6)** A criança deve ir para a cama alimentada.

## O que não funciona

**1)** Levar a criança para dormir na sua cama.

**2)** Esgotar a criança com atividades físicas.

**3)** Criar uma muleta na hora de dormir com algum acessório, como canções de ninar, mamadeira, chupeta etc.

**4)** Tentar uma técnica diferente a cada noite.

**5)** Desesperar-se e deixar a criança perceber sua insegurança.

**6)** Colocar crianças acima de quatro anos para dormir à tarde. Em alguns casos, somente mudanças nos hábitos não são suficientes, havendo a necessidade de um especialista de sono para avaliar a necessidade de uso de medicação controlada associada a terapias comportamentais cognitivas.

Os distúrbios respiratórios do sono são um outro capítulo muito importante para serem alertados aos pais.

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) se caracteriza por paradas respiratórias em decorrência da obstrução das vias aéreas superiores durante o sono. As apneias geram quedas na oxigenação dos tecidos e, como uma forma de defesa, ocorrem os microdespertares, que permitem o reestabelecimento da respiração através de um ronco, que é a vibração dos tecidos moles da garganta no momento da inspiração. Estes eventos ocorrem inúmeras vezes ao longo da noite, causando uma fragmentação do sono e, consequentemente, queixas diurnas.

Diferentemente dos adultos com esta síndrome, que têm como queixa diurna cansaço e sonolência excessiva, as crianças ficam irritadas e hiperativas. Ocorre também diminuição da concentração e do desempenho escolar. Outros fatores de risco que nos levam a pensar nesta hipótese são crianças com sobrepeso, respiradoras bucais, roncadoras e com sono noturno agitado.

A polissonografia é o exame de escolha para o diagnóstico da apneia do sono. Através dele, registra-

se, durante uma noite inteira de sono, uma série de funções do organismo: atividade elétrica do cérebro (EEG), movimentos oculares, atividade muscular, eletrocardiograma, movimentos respiratórios, respiração nasal e bucal e o nível de oxigênio no sangue.

O tratamento da apneia do sono, nas crianças, quando diagnosticado precocemente, tem uma proposta de cura. A cirurgia de adenoamigdalectomia (retirada das amígdalas e adenoides) tende a resolver o problema, o que já não ocorre na idade adulta.

As parassonias são distúrbios do sono comuns da infância que consistem em sequências de movimentos corporais que ocorrem principalmente na primeira metade do sono.

Os principais são:

**1)** Despertar confusional em que a criança apresenta uma confusão mental, muitas vezes desperta com comportamento agitado e desorientada. Os episódios duram de cinco a quinze minutos.

**2)** Sonambulismo que se caracteriza por um despertar parcial associado a uma série de comportamentos complexos com estado de consciência alterado, havendo dificuldade em despertar, uma confusão mental quando acorda e

amnésia ao fato. É uma parassonia muito frequente dos oito aos doze anos.

**3)** Terror noturno é um evento que assusta muito os pais, pois a criança desperta chorando e gritando muito, com olhar de pavor, além de aumento da frequência cardíaca e respiratória, e há um potencial risco de traumatismos.

**4)** Outros: pesadelos, enurese noturna (urinar dormindo), sonilóquio (falar dormindo).

O mais importante é alertar os pais da benignidade desses distúrbios, que a maioria desaparecerá com a maturidade neuronal e que são raros os casos em que se institui medicação. Entretanto, há outras doenças que podem mimetizar uma parassonia, sendo importante, em alguns casos, realizar a polissonografia para descartar a possibilidade de epilepsia noturna com proposta terapêutica completamente diferente.

Quanto maior a tentativa de despertar a criança, mais se prolonga o evento, portanto os pais devem somente conter a criança para que não se machuque. Sabe-se, também, que quanto mais agitado o dia maior a chance de ocorrer um evento noturno.

**Bruxismo.** É uma atividade oral caracterizada por ranger de dentes ou apertamento dos dentes durante

o sono. Essas alterações podem não só gerar um sono fragmentado como efeitos deletérios sobre os dentes, gerando desgaste nas superfícies de atrito. Em alguns casos os pacientes reclamam de dor na articulação têmporo-mandibular, dores de cabeça, cansaço diurno ou hiperatividade. Quase 20% das crianças têm bruxismo, caindo para 10% dos adolescentes. Crianças mais ansiosas, abuso de cafeína, dias mais agitados aumentam a chance de apresentar bruxismo. A crença da associação entre ranger de dentes e verminose não foi comprovada cientificamente. O uso de placas intraorais deve ser pensado nos casos de dentição definitiva para que não haja dano a esses dentes. Quando as queixas diurnas existem não se descarta tratamento com medicação.

## Dor de cabeça

Chamada pelos médicos de cefaleia, é uma das queixas mais frequentes em consultas médicas. As cefaleias são divididas em primárias e secundárias. As cefaleias primárias são aquelas causadas por distúrbios neuroquímicos no cérebro, levando a funcionamento inadequado de neurotransmissores. As mais comuns são a enxaqueca e cefaleia do tipo tensional. Cefaleias

secundárias são uma causa rara de cefaleias crônicas da infância e caracterizam-se por serem causadas por alguma outra doença, tal como tumores cerebrais, traumatismo craniano, meningites, hipotensão liquórica e aneurismas. A relação causal entre dor de cabeça e problemas de visão, chamados erros de refração, na infância, é citada como um mito da oftalmologia pediátrica. Apesar de os pais buscarem, inicialmente, um atendimento com médicos oftalmologistas, esta relação é rara.

Pode ocorrer, também, de a causa da cefaleia estar relacionada a sinusites, porém, quando se pensa nesta hipótese, deve haver um contexto em que sintomas respiratórios e infecciosos estejam presentes.

É muito mais difícil fazer o diagnóstico de enxaqueca nas crianças (migrânia) devido à variedade de sintomas e não tendo as queixas clássicas presentes nos critérios diagnósticos do adulto. Não há nenhum exame complementar que seja um marcador para enxaqueca. O médico deve suspeitar de tratar-se de uma cefaleia primária, crônica e benigna, tipo enxaqueca, quando houver queixas de vômitos, vertigens, dores abdominais associadas a dor de cabeça de forma repetida.

O tratamento da criança com cefaleia crônica deve

visar não apenas ao controle da frequência, intensidade e duração das crises, mas também à melhora da qualidade de vida do paciente.

## AS DOENÇAS ENDÓCRINAS

As glândulas são assim denominadas porque segregam substâncias (hormônios) que são lançadas no sangue, e não no exterior, como o suor e a saliva. Os hormônios atuam sobre todo o corpo e são responsáveis pelo crescimento, desenvolvimento e manutenção de uma série de funções. Qualquer doença endócrina só poderá ser tratada pelo médico. Faremos apenas algumas referências às mais conhecidas e frequentes.

### Tireoide

É uma glândula de secreção interna, situada na parte anteroinferior do pescoço, produzindo um importante hormônio que interfere em diversas funções do organismo. Das suas alterações, examinaremos as mais frequentes: hipotireoidismo,

hipertireoidismo, bócio e as doenças autoimunes.

## Hipotireoidismo

É a denominação do funcionamento insuficiente da glândula. Pode ser congênito ou adquirido. Quando é congênito, a criança já nasce com a deficiência. Esta condição é habitualmente chamada de cretinismo. Não é fácil ser reconhecida nos primeiros meses de vida do bebê. Ele apresenta palidez, pele seca, prisão de ventre, demora na queda do cordão umbilical, chora pouco e dorme muito, tem dificuldade para pegar o peito ou a mamadeira, por inabilidade ou inapetência. Mais tarde os sintomas se acentuam: atraso no desenvolvimento físico (altura) e mental (não acompanhando os testes dados neste livro), moleira bem aberta, olhos separados, nariz grande, deprimido, abertura palpebral estreita e pálpebras inchadas (tumefatas), boca semiaberta, com língua grossa, mostrando uma dentição atrasada, pescoço curto e grosso, abdome distendido, mãos largas e dedos curtos, pele seca, escamosa, de tonalidade amarelada, com pouca transpiração. A sensação gelatinosa da pele e do tecido subcutâneo é chamada de mixedema.

O prognóstico é absolutamente favorável, desde que o diagnóstico seja o mais precoce possível. Por isso os pediatras deverão solicitar sempre o "teste do pezinho", obrigatório no Brasil, e que cada vez diagnostica mais doenças congênitas da forma mais precoce. Este teste, se completo, poderá também detectar anemia falciforme e distúrbios da suprarrenal, que se tratados precocemente poderão tornar a criança normal. A administração de hormônio da tireoide, em forma de tablete, por via oral, tornará a criança normal. Entretanto, deverá ser dado por toda a vida e precocemente antes dos três meses de idade. A dose deverá ser ajustada pelo médico, continuadamente, de acordo com o aproveitamento e outros problemas que possam aparecer.

Não deverá ser confundido com outras doenças, como a síndrome de Down, o nanismo hipofisário ou outras doenças mais raras, como a controdistrofia e o gargulismo. O hipotireoidismo poderá aparecer em qualquer idade. A criança pode nascer com perfeito funcionamento dos seus órgãos, e causas externas ou mesmo genéticas afetarem a glândula tireoide.

Dentre estas, podemos destacar como as mais

possíveis o traumatismo e as doenças infiltrativas e imunológicas.

**Prevenção.** Como já dissemos, os sintomas do hipotireoidismo são, às vezes, difíceis de se diagnosticar. O tratamento antes dos três meses de idade é fundamental para a recuperação absoluta. A reposição hormonal deverá ser permanente, em doses estabelecidas, constantemente monitoradas, uma vez que a formação do sistema nervoso central se completará até os dois anos.

**Tratamento.** Considerando o resultado espetacular que é a transformação de uma criança com acentuada debilidade mental em normal, faremos alguns esclarecimentos sobre o tratamento. O primeiro cuidado a ser observado é o tratamento mais breve possível, logo que for suspeitada e diagnosticada a doença. Consistirá em fornecer ao organismo o hormônio que falta, responsável por inúmeras manifestações clínicas. A finalidade é estabelecer as normas de crescimento e desenvolvimento de um bebê perfeito. É importante a família saber que não haverá dose certa;. ela dependerá muito pouco da idade e do peso. A dose

será regulada pelos resultados obtidos, aumentando ou diminuindo. As doses insuficientes poderão dissipar os sinais, mas não serão capazes de estimular de modo satisfatório o crescimento, o peso e a inteligência. Doses elevadas são tóxicas. Os pais deverão ser esclarecidos de que os medicamentos terão de ser tomados ininterruptamente, por toda a vida. O processo é fácil, porém deve ser orientado por especialista: dar o hormônio da tireoide por via oral. Existem no mercado diversos preparados, mas é importante que a criança tome um único tipo, padronizado. Se o paciente apresentar suor abundante, vômitos, diarreia, perda de peso, agitação, tremor e falta de sono, é porque a dose está sendo exagerada. O tratamento deverá ser suspenso por uma semana e recomeçado com doses menores. Logo que se estabelece o tratamento, a criança milagrosamente se transforma, a pele ressecada passa a ficar úmida, a indiferença mental e física é substituída pela atividade motora e pelo interesse pelas pessoas e objetos. É muito importante que o tratamento seja iniciado logo, porque o dano causado pela falta de hormônio da tireoide durante a primeira infância é irreversível.

## Hipertireoidismo

Caracteriza-se pela liberação excessiva do hormônio tireoideo. Na maioria das vezes, mas nem sempre, a pessoa apresenta um aumento visível da glândula, engrossando o pescoço. Um dos sinais mais característicos desta condição é o brilho dos olhos e a sua saliência (exoftalmia). A doença é conhecida como "mal de Basedow", que é raro na criança pequena, podendo aparecer, entretanto, entre os dez e os quinze anos. As mães que abusam de derivados da tireoide para emagrecer durante a gestação poderão elevar os níveis sanguíneos do feto. Os sinais clínicos, além do brilho dos olhos e a sua saliência, são computados pela grande emotividade, choro com facilidade, inquietude e um tremor dos dedos ao estender os braços. Não falta também a pele lisa e congestionada, com grande sudorese, sobretudo nas palmas das mãos. Poderá ocorrer palpitação (taquicardia) ao mais leve susto ou emoção. É uma doença perfeitamente controlada com os medicamentos modernos. Em alguns casos, entretanto, impõe-se a intervenção cirúrgica para a remoção de uma parte da glândula. A avaliação da eventual participação de um processo autoimune é

fundamental.

**Tratamento.** O hipertireoidismo não oferece tanto perigo para a criança pequena como o hipotireoidismo, por ser raro antes dos dez anos. As medidas higiênico-dietéticas oferecem particular interesse durante a infância. Logo que for estabelecido o diagnóstico, a criança deverá permanecer em repouso, até que desapareçam as manifestações tóxicas. Uma vez equilibrada, ela poderá retornar à vida normal, evitando, no entanto, o cansaço, tanto físico como mental. Não deverá voltar ao jardim de infância ou à escola a fim de evitar competições e emoções, até nova determinação do médico. Sua alimentação deverá ser rica em leite e carne. Convém evitar alimentos excitantes, como chocolate, chá e café, bem como refrigerantes do tipo coca.

Os casos mais brandos são resolvidos com pequenas doses de iodo associadas a outros medicamentos de grande eficácia. A intervenção cirúrgica apresenta uma série de inconvenientes. Somente em casos excepcionais, de evolução grave ou de resistência ao tratamento, é que será indicada.

# Diabetes infantojuvenil

Há duas formas de diabetes: o diabetes melito, de origem pancreática, e o diabetes insípido, pouco comum, resultante de qualquer agressão ao sistema neuro-hipofisário (sistema nervoso e hipófise), provocando uma micção de até cinco litros por dia, sem presença de açúcar.

O diabetes melito é mais frequente e mais conhecido, resultante da elevação da quantidade de açúcar no sangue, pela deficiência de insulina e com aumento da eliminação de açúcar pela urina. Uma criança em 1.500 é diabética, não havendo preferência por sexo, e a tendência familiar (hereditariedade) é a regra da doença, que se manifesta antes dos dezoito anos.

No recém-nascido, raramente, poderá se apresentar um estado transitório por semanas e meses, terminando pela cura completa. A causa ainda não está estabelecida. A diferenciação com o verdadeiro, definitivo, é que este é permanente, e o diabetes do recém-nascido desaparece depois de algumas semanas após a aplicação de insulina.

Os sintomas nas crianças são mais acentuados logo no início: há muita sede (polidipsia), muita fome

(polifagia) e muitas micções (poliúria), acompanhados de perda de peso, fadiga (cansaço), tristeza, irritabilidade, mau humor e extravagâncias.

O diagnóstico deverá ser feito pelo exame de urina. Porém, o exame de maior valor é o da dosagem de açúcar no sangue (glicemia), feito com a criança em jejum.

O tratamento deverá ser feito, sempre que possível, por um especialista em diabetes, principalmente em se tratando de criança. Sendo uma doença genética, compreende-se o porquê de não haver cura para o diabetes melito. O tratamento deverá ser feito pela administração de insulina, dieta apropriada e atividades físicas. O problema é o estado psíquico (mental). Uma vez confirmada a doença, a criança se sentirá marcada para o resto da vida. Os pais, chocados com o diagnóstico, precisarão se conformar e se adaptar à nova condição do filho, auxiliando-o a aceitar a doença sem agravar o problema.

O pediatra deverá conversar com os pais, reforçando a possibilidade de um desenvolvimento normal para o paciente. Na maioria das vezes a criança se adapta muito bem ao tratamento com aplicação diária de insulina. Existem colônias de férias e grupos de apoio a diabéticos que deverão ser

recomendados ao paciente, como uma forma de ele conhecer melhor e aprender mais sobre a sua doença.

## Hipoglicemia

É a diminuição da taxa normal de glicose (açúcar) no sangue. Os sintomas são palidez, transpiração (sudorese), perturbação sensorial (a criança se apresenta desligada, desatenta), vômitos e convulsões.

A modalidade comum é a chamada hipoglicemia intermitente, descontínua, ou hipoglicemia cetótica da infância. Isto poderá ser um sinal de pré-diabetes. Geralmente as crianças se apresentam muito ativas e com variação de apetite, podendo ser magras ou gordas. Os meninos são duas vezes mais atingidos do que as meninas. Mais da metade destas crianças nasceu prematura ou com peso abaixo do normal.

As manifestações clínicas ocorrem geralmente pela manhã, ou mais tarde, depois de períodos de privação de hidratos de carbono (açúcares e farinhas) ou sendo praticados exercícios e esportes sem alimentação. Os sintomas desaparecem rapidamente após a administração de açúcar.

São observados ataques repetidos quase exclusivamente entre os dezoito meses e os seis anos.

Após os nove anos, estes problemas desaparecem espontaneamente.

Poderá aparecer a hipoglicemia igualmente em crianças diabéticas que estão recebendo insulina. Uma hipoglicemia prolongada poderá lesar definitivamente o cérebro, devendo a família, então, ter sempre à mão um hiperglicemiante potente, como o açúcar puro.

## Fibrose cística

Do ponto de vista doutrinário, não é uma doença endócrina. Entretanto, sendo o órgão responsável o pâncreas, de função dupla — endócrina e exócrina —, nós a colocamos no capítulo das doenças endócrinas.

É uma doença transmitida geneticamente, caracterizada pelo defeito generalizado das glândulas exócrinas, isto é, as glândulas cujas secreções se destinam à pele ou às mucosas, como o pâncreas e as glândulas sudoríparas. Os sintomas mais significativos, que levam os pais a levar seus filhos a uma consulta, são diarreia crônica, fezes volumosas, perda de peso ou dificuldade de ganhá-lo, com consequente emagrecimento acentuado, abdome

distendido, palidez, apetite acentuado, sudorese (transpiração excessiva), e em alguns casos intolerância a determinados alimentos. Na maior parte dos casos, ocorrem distúrbios respiratórios (infecção e obstrução dos brônquios) com tendência crônica.

O diagnóstico deverá ser feito por exames adequados, como prova do suor (aumento da quantidade de sal), dosagem do nível de gordura nas fezes e radiografia dos pulmões.

A doença não tem tratamento próprio, mas poderá ser controlada, tomando-se os seguintes cuidados:

**a)** Cuidado geral do paciente, com alimentação adequada, vitaminas, vacinas e ambiente saudável, ventilado e fresco (evitando suar).

**b)** Controle das infecções respiratórias pelo uso sistemático de antibióticos e pela nebulização.

**c)** Restauração da perda de sal, aumentando-o na alimentação.

**d)** Vigilância permanente do padrão nutricional, com exames médicos periódicos. Os pais que desejarem obter maiores informações, poderão contactar a Cystic Fibrosis Foundation ou várias entidades brasileiras que cuidam do problema.

## Obesidade

Toda mãe gosta de ter um bebê forte, mas não obeso. Obesidade é a localização excessiva de gordura debaixo da pele (tecido celular subcutâneo). De modo geral pode-se considerar obeso o bebê que, de acordo com sua altura normal, idade e sexo, pesa 25% acima da média, ou seja, acima da curva p97 de IMC (índice de massa corporal). O IMC é calculado com o peso dividido pela altura ao quadrado. É muito importante que a altura esteja proporcional à idade. Por exemplo, existem bebês de quatro ou seis meses com altura de bebê com oito a nove meses. Portanto, o peso acompanha a altura e não a idade. Todas as crianças devem ter seu gráfico marcado durante o primeiro ano pelo menos seis vezes, no segundo ano quatro vezes e a partir de então pelo menos duas vezes ao ano. A obesidade é uma doença grave que pode levar a inúmeras consequências como diabetes e pressão alta e deve ser combatida desde a infância.

O tratamento da obesidade simples não é fácil, tendo em vista a necessidade de um processo educacional envolvendo toda a família, apesar dos apelos da mídia. Segundo a Organização Mundial da

Saúde, a obesidade foi a grande epidemia global do século XX e XXI. Seu tratamento consiste em uma dieta rica em proteínas, sais minerais e vitaminas (carne, legumes e frutas), na diminuição de gorduras e hidratos de carbono (manteiga, cereais, tubérculos e açúcar), além de um estudo patológico da mãe ou do pai, e também da criança.

## Puberdade precoce

Entende-se por puberdade precoce o aparecimento de alguns caracteres sexuais ainda nos primeiros anos de vida. Na infância, dois tipos relativamente frequentes preocupam os pais: o aumento precoce do tecido mamário (ginecomastia) e o desenvolvimento precoce dos pelos pubianos. Outros problemas mais graves, como o desenvolvimento rápido dos testículos e do pênis, e o desenvolvimento dos órgãos genitais femininos, que são devidos a alterações hormonais mais ou menos graves, produzidas pelas glândulas de secreção interna e por graves lesões intracranianas, não serão descritos pormenorizadamente, por serem mais próprios de livros de medicina.

## Ginecomastia (aumento das mamas)

Existe uma tendência familiar evidente: o aumento de gordura, ou mesmo um desenvolvimento do próprio tecido mamário em algumas crianças. O aumento de gordura apenas na região mamária das crianças gordas ou com tendência à obesidade é a denominada pseudoginecomastia, por não estar em jogo o tecido mamário. Manifestações isoladas de desenvolvimento precoce sem qualquer outra manifestação de puberdade não são raras. A hipertrofia simples das mamas pode ser percebida entre o primeiro e o terceiro anos de vida. Poderá haver aumento de apenas uma mama. Isto pode ser, ou não, o primeiro sinal de uma futura precocidade pubertária, porém é mas frequentemente uma anormalidade benigna e sem consequências. A hipertrofia das mamas poderá desaparecer espontaneamente. É importante observar se não vem acompanhada de qualquer outro sinal de características sexuais próprias dos adolescentes. Temos observado que crianças que tiveram nos seus primeiros quinze dias de vida a denominada mamite fisiológica podem apresentar um rudimento de tecido mamário por muito tempo, que acabará cedendo

durante os primeiros anos.

Durante a puberdade, dois terços dos rapazes apresentam aumento do tecido subareolar, isto é, aumento das mamas. Pode ocorrer somente de um lado, ou em ambos. Às vezes o local fica sensível ao tato. Costuma haver regressão espontânea em alguns meses, raramente permanecendo após os dois anos. O tratamento visa principalmente orientar a família e o rapaz, chamando a atenção para a normalidade e a transitoriedade do fenômeno. Em casos raros, quando houver aumento exagerado e distúrbio emocional, pode-se justificar uma remoção cirúrgica, a cargo do cirurgião plástico. O tratamento hormonal com bloqueadores dos receptores de estrogênio pode apresentar bons resultados.

## Desenvolvimento precoce dos pelos pubianos

O aparecimento de pelos pubianos nos primeiros anos, sem qualquer outra evidência de puberdade precoce, é observado em algumas crianças. Ocorre mais frequentemente nas meninas do que nos meninos. Os pelos podem aparecer primeiramente nos grandes lábios da vagina, e em seguida no púbis

(parte logo abaixo do abdome). Geralmente estas crianças têm altura maior do que a média, e em grande parte das vezes essa é uma característica individual, constitucional, de caráter familiar. O uso inadvertido, leviano, de alguns medicamentos compostos, embora em doses pequenas, de hormônios, poderá provocar o aparecimento de características sexuais secundárias nas meninas, até aumento do clitóris (pequeno tubérculo situado na parte superior da vulva). Nos meninos, ocorre aumento do pênis e em alguns casos até ereção frequente. Essas manifestações precoces desaparecem ou não após o fim da administração de alguns medicamentos.

A ginecomastia não tem tratamento próprio. A criança deverá ficar sob observação, para ser verificada a evolução da manifestação. Se ela ficar estacionada, nada deverá ser feito. No desenvolvimento dos pelos, fora qualquer recurso cosmético, sua evolução deverá ser observada atentamente. Como foi dito, deve-se suspender a administração de qualquer medicamento que contenha qualquer dose de hormônio empregado habitualmente para engordar ou estimular o apetite, e às vezes mesmo para induzir o crescimento. Em alguns casos é conveniente consultar um

endocrinologista, para descartar a possibilidade de uma doença glandular, principalmente ocorre antes dos oito anos.

## A criança pequena, com pouca estatura

É um dos principais motivos que levam os pais a consultar o médico. É sempre uma consulta delicada, devido à situação emocional, psicológica, da criança e dos pais. Cabe ao pediatra analisar as condições clínicas e suas possibilidades, e declarar com sinceridade as probabilidades de êxito do tratamento. Nos casos clínicos mais delicados, é aconselhável e indispensável também ouvir a opinião do endocrinologista.

Quando o médico consultar a criança com problemas de crescimento, os pais dela deverão estar preparados para responder a algumas questões:

**a)** Qual é a altura do pai e da mãe.

**b)** Qual é a altura das gerações anteriores, ou seja, dos avós, se possível também de bisavós.

**c)** As informações abrangem tanto o lado materno como o paterno.

**d)** Possíveis intercorrências (infecciosas, nutricionais,

metabólicas, vícios, etc.) durante a gravidez, desde o primeiro mês de vida, até as condições do parto.

**e)** Qual o peso, a altura e perímetro (do tórax e da cabeça) do recém-nascido.

**f)** Qual a curva de peso e altura no primeiro ano de vida, aos dois, cinco e dez anos.

**g)** Relatar a avaliação do curso de desenvolvimento da inteligência e das habilidades motoras.

**h)** Hábitos alimentares, especialmente no que se refere a proteínas em quantidade deficiente, e consumo diário de leite ou seus derivados (queijo, creme, iogurtes), carne, ovos e frutas cruas.

**i)** Doenças anteriores (duração e gravidade).

**j)** Medicamentos usados, se hormônios ou estimulantes do apetite.

## OS PROBLEMAS DO CRESCIMENTO

A altura de uma criança bem alimentada e livre de doenças é determinada em parte pela hereditariedade, que condiciona o número de células do crescimento na cartilagem (extremidade) dos ossos, e a resposta

destas células a vários tipos de hormônios, como o do crescimento (hipófise), o da tireoide, o do sexo (genitais) e a insulina. O mecanismo exato, como os genes (elementos de hereditariedade), que controlam o crescimento, é ainda desconhecido. Além de ser medido o hormônio do crescimento no sangue, poderá igualmente ser testada a resposta da hipófise (glândula pituitária, uma parte dela) quanto à quantidade da produção do referido hormônio. É possível usar doses de hormônio do crescimento purificado para a aplicação em crianças que estão sendo observadas e nas quais a deficiência ficou indiscutivelmente provada. Este hormônio já é comercializado no Brasil, porém seu custo é muito elevado para a maioria da população.

A radiografia dos ossos do punho constitui grande auxílio, pois a correlação da idade real (cronológica) com a idade óssea dá uma ideia da possibilidade de o paciente crescer. Não existe um determinado tipo de alimentação que faça crescer. Entretanto, o regime deverá ser bem balanceado quanto à quantidade diária necessária dos diversos elementos para um desenvolvimento normal.

Não existem tônicos eficazes que estimulem o crescimento, mas se o regime for deficiente em

vitaminas e sais minerais (ferro), haverá a necessidade de administrá-los por meio de medicamentos que os contenham em dose adequada à idade.

## Tratamento

A angústia dos pais e, mais tarde, da própria criança de crescer como as outras é um dos problemas que o pediatra terá de enfrentar. O hormônio do crescimento usado hoje é produzido pela engenharia genética, tendo obtido alguns resultados satisfatórios, não sendo rotineiro o seu uso, tendo indicações precisas indicadas pelo endócrino pediatra depois de avaliação peródica.

Uma dieta rica em proteínas animais, leite, carne e ovos, a aplicação coordenada de vacinas que evitam doenças graves e longas, exercícios respiratórios, horas de sono tranquilo, esportes (como a natação, o vôlei, o basquete) e o uso de bicicleta estimulam o crescimento. Sono: a criança que não dorme não cresce.

## Gigantismo (bebê com estatura anormal)

O gigantismo é raro nos primeiros anos de vida. Em geral, o crescimento excessivo inicia-se na puberdade. Entretanto, existem casos raros, em que a criança cresce com rapidez anormal ainda nos primeiros anos. Nestes, a causa está num distúrbio da glândula do crescimento — a hipófise —, provocado por uma infecção ou tumor.

## Gigantismo primordial

Este tipo filia-se ao aumento do potencial genético do crescimento. Aparece em recém-nascidos com 60cm e cinco quilos de peso, sem relação com o tempo de gravidez, que poderá ser de 280 a 330 dias. Geralmente predomina no sexo masculino. No caso de o bebê nascer normal e começar a crescer desmedidamente, deve ser feita uma investigação para a causa ser verificada. Na hipótese de tumor da hipófise ou da suprarrenal, deve-se operar a criança imediatamente.

## Gigantismo parcial

É o tipo mais observado durante a infância, sendo

de causa obscura, causado por fatores que atuam ("vícios embrionários") nas primeiras oito semanas de vida, podendo ter as mais variadas causas. O gigantismo parcial poderá atingir a pele, os músculos e os ossos. As formas mais frequentes são:

**a)** Hemi-hipertrofia corporal; todo um lado é maior.

**b)** Forma cruzada; o braço esquerdo e a perna direita apresentam-se maiores.

**c)** Macrodactilia; um dedo grande, geralmente o polegar, ou o primeiro artelho do pé.

**d)** Macropodia; um braço ou mão crescidos.

**e)** Localização de hipertrofia da pele, do tecido gorduroso ou dos espaços linfáticos, dando grande proporção ao braço, pé ou perna. São as denominadas elefantíases lipomatosas ou linfoagiectásicas. Neste grupo, a possibilidade de correção cirúrgica torna-se possível nos casos indicados pelo médico.

## Procedimentos dos pais

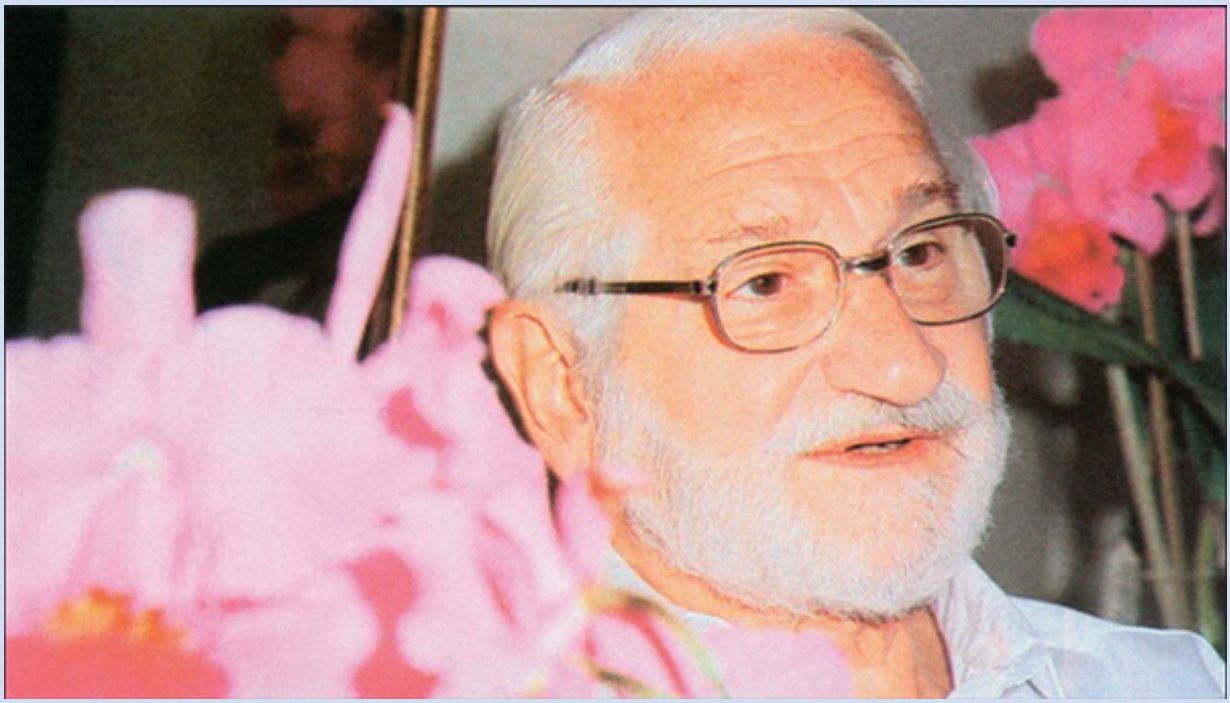
Não é fácil, para os pais, criar e educar um filho com qualquer anormalidade física ou mental. Ele não deverão esperar resolver o problema por si mesmos. Negar as evidências não é solução. A criança será a primeira a perceber e a sofrer as consequências da intranquilidade emocional dos pais. O infortúnio de um filho é uma força poderosa de união ou desunião de um casal. Quando alguém sofre, toda a família

sofre junta. É preciso ser forte para que os problemas da criança não atinjam a todos. O auxílio e os conselhos do pediatra, do psicólogo ou do psiquiatra são indispensáveis para que os pais resistam à adversidade e cumpram um plano integral, no dia a dia, no lar ou fora dele, para a proteção de seu filho e dos seus irmãos.

Capítulo 30

# Doenças infecciosas

# Doenças infecciosas



*Albert Sabin venceu a guerra contra a paralisia infantil ao desenvolver a vacina antipoliomielítica.*

## RELAÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

| | | |
|---|---|---|
| Aids | • Sarampo | Neuroviroses |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| Brucelose | • **Erisipela** | Paralisia infantil (pólio) |
| Caxumba | Esquistossomose | Raiva |
| Cólera | Febre amarela | Sífilis |
| Coqueluche | Febre da mordida do rato | Tétano |
| Coqueluchoide (*pertussis*) | Febre da arranhadura do gato | Toxoplasmose |
| Dengue | Gripe | |
| Difteria (crupe) | Hepatite infecciosa | **Tíficas:** |
| Disenteria amebiana | Hepatite A | • Tifo (febre tifoide) |
| Disenteria bacilar | Hepatite B | • Tifo epidêmico |
| Doença de Chagas | Herpangina | (exantemático) |
| | Herpes simples e Herpes-zóster | Salmonelose |

| | | |
|---|---|---|
| *Eruptivas:* | Leishmaniose (calazar) | Tuberculose |
| • Catapora | Leptospirose | Varíola |
| **• Eritema infeccioso** | Malária | Viroses |
| **• Escarlatina** | Meningite | |
| **• Exantema súbito** | Micoses | |
| **• Rubéola** | Mononucleose infecciosa | |

**Doenças infectocontagiosas — Perí**
**medidas de isolamento***

| | | |
|---|---|---|
| | | |

| | Período de contágio | Isolamento recomendado |
|---|---|---|
| **Caxumba (parotide epidêmica)** | de 7 a 9 dias, antes do aparecimento da inflamação das glândulas ou febre | enquanto durar a inflamação das glândulas |
| **Catapora (varicela)** | um dia antes do aparecimento da erupção, até 6 dias depois, quando as lesões formarem cascas | até 6 dias após o aparecimento, quando as lesões formarem cascas |

| | | |
|---|---|---|
| **Coqueluche** | desde o início do período de tosse catarral até 4 semanas | 4 semanas, desde o início ou até a tosse ter cessado |
| **Difteria** | 2 a 4 semanas | até 2 culturas consecutivas negativas (exame de secreção da garganta) |
| **Escarlatina** | 1 ou 2 dias após o começo da | um dia após o começo da terapêutica |

| | | |
|---|---|---|
| | terapêutica | |
| **Hepatite infecciosa** | variável, até 3 semanas após o aparecimento da icterícia | desinfecção do vaso sanitário, mãos, copos e talheres |
| **Paralisia infantil (poliomielite)** | variável, desde a secreção do nariz e da garganta no início, até as fezes, várias semanas depois | desinfecção do vaso sanitário, mãos, copos e talheres |
| **Rubéola** | 7 dias antes, até 5 dias depois do aparecimento | unicamente para as grávidas nos 3 primeiros meses |

| | | |
|---|---|---|
| | da erupção | |
| **Sarampo** | 5 dias de incubação antes do aparecimento da erupção e todo o tempo que durar a erupção | desde o aparecimento de catarro no nariz e na garganta até o 3º dia de erupção |

**Adaptado do relatório da Comissão de Doenças Infecciosas da Saúde Pública dos Estados Unidos.*

As doenças infecciosas, todas transmissíveis, sempre despertaram preocupação tanto para os médicos como para os leigos. A maioria delas está sob controle, sendo disponíveis vacinas e eficientes medicamentos para evitá-las ou dominá-las.

A história da humanidade constata o aparecimento, em determinadas épocas, de sucessivas epidemias de doenças infecciosasque se revelaram

verdadeiros flagelos, apavorando e exterminando povos (lepra, peste, sífilis, malária, influenza — gripe pandêmica —, febre amarela, paralisia infantil — pólio — , tuberculose e, mais recentemente, a gripe suína). Todas acabaram subjugadas, pois, após identificados a causa e os meios de transmissão, foram fabricados vacinas e medicamentos eficientes.

No início deste capítulo sobre as doenças infecciosas poderão ser encontrados instruções e cuidados a serem tomados pelo leigo com a criança infectada (isolamento ou quarentena).

## QUARENTENA

O isolamento de pacientes com doença infecciosa dependerá do tipo da doença. De modo geral, não deverá ser permitido o contato entre o paciente infectado e outras crianças. O tempo de isolamento para algumas das principais doenças pode ser observado no Quadro da página 623.

A principal arma contra a disseminação das infecções é a higiene adequada das mãos, antes e após o contato com o paciente. A fervura e a esterilização

de roupas de cama e utensílios são, em geral, desnecessárias. Todo cuidado deve ser tomado na manipulação de secreções, urina e fezes dos pacientes.

## O BEBÊ COM AIDS

A Síndrome (conjunto de sintomas de uma doença) de Deficiência Imunológica Adquirida, conhecida como Aids, pode acometer o bebê, na maioria das vezes através dos pais, principalmente da mãe, durante a gravidez.

É uma doença provocada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana), que, uma vez no organismo, se refugia em algumas células, destruindo-as. Estas células o defendem das infecções por bactérias (micróbios) e outros micro-organismos e, quando sadias, produzem anticorpos que aderem aos invasores, permitindo que outro grupo de células do sangue anule o inimigo.

O vírus da Aids não ataca nem destrói os órgãos; ele apenas destrói as possibilidades de defesa, deixando o organismo absolutamente desprotegido, vítima fácil e fatal de qualquer infecção.

## A contaminação do bebê

Para o bebê ser contaminado é necessário que o vírus penetre na corrente sanguínea; ele não pode fazê-lo através da pele ou de mucosas perfeitas. A infecção só poderá ocorrer quando um número de vírus atinge o sangue, seja por transfusão ou, ainda, no útero, através do cordão umbilical ou da placenta, ou ainda por contaminação no canal vaginal, por ocasião do parto normal. Poderá ocorrer também pela aplicação de injeções com agulha contaminada, o que, com o uso de agulhas descartáveis, é excepcional. O parto, nos casos de mulheres portadoras de vírus HIV, na maioria das vezes acaba sendo via cesariana. Será parto normal apenas se a portadora apresentar carga viral indetectada e com bolsa íntegra.

**A MÃE CONTAMINADA ESTARÁ PROIBIDA DE ALIMENTAR O BEBÊ AO PEITO, POIS SEU LEITE ESTARÁ CONTAMINADO.**

O maior perigo de contaminação está no ato sexual, pois o sêmen é a secreção mais predisposta a infecções.

## PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (da mãe para a criança, ainda na vida intrauterina) DA AIDS PARA A CRIANÇA

Após o parto, evite o aleitamento da criança pela mãe contaminada. Use as fórmulas infantis. Esta fórmula será fornecida pelo sistema único de saúde. Deve-se identificar o mais precocemente possível as gestantes contaminadas, pois estudos têm demonstrado que o início precoce do tratamento com o AZT, ainda durante a gestação, durante o parto e no recém-nascido, nas primeiras seis semanas de vida, diminui significativamente o número de bebês contaminados. Deve-se investigar sempre a presença de outras doenças infecciosas associadas ao vírus HIV, como sífilis e toxoplasmose.

## Fatores que não transmitem o vírus

**a)** Picadas de insetos.

**b)** Abraços, apertos de mão e beijos (o vírus, em contato com a saliva, é inativado por uma enzima contida na própria saliva).

**c)** Piscinas cloradas (o vírus contido na saliva e na urina é destruído pelo cloro).

**d)** Objetos levados à boca (colheres, garfos, copos, xícaras e pratos).

**e)** Alimentos.

**f)** Máquina de lavar roupas ou tanques, desinfetantes, sabão, detergentes, álcool.

**g)** Sanitários.

## Creches e escolas maternais

As crianças portadoras do vírus, desde que não estejam doentes (com infecções oportunistas), poderão frequentar normalmente creches e escolas, sem qualquer problema. O período de incubação da doença poderá levar meses, até anos (cinco a sete), no adulto. Entretanto, na criançaeste período é bem menor. No caso de o vírus penetrar no organismo, a produção de anticorpos para a defesa no sangue exigirá de três a seis semanas para ser comprovada.

No período inicial da doença, quando o vírus se multiplica, a pessoa infectada não apresenta qualquer sintoma que revele a presença da doença. Existem indivíduos que possuem imunidade própria contra a

doença e, mesmo contaminados, não adoecem, mas podem transmiti-la para os outros. Este é o grande perigo.

Para as crianças o perigo estará nas brigas, quando podem ocorrer ferimentos com sangramentos. As mordidas não são meios de transmissão. As práticas de fazer tatuagens e, mais tarde, furar orelhas de colegas e firmar alianças de sangue deverão ser condenadas.

## Os sintomas no bebê

O bebê nascido de mãe contaminada não apresenta sintomas logo ao nascimento. Os problemas clínicos surgirão nos meses seguintes. O período de sobrevivência com o uso de medicamentos antirretrovirais está cada vez maior.

O bebê apresentará frequentes e intermináveis infecções respiratórias, bronquites, pneumonias, doenças de pele e das mucosas, herpes, candidose, otites e diarreias repetidas e resistentes ao tratamento; quando a doença atingir o sistema nervoso, o bebê terá dificuldade em se sentar, ficar de pé, falar (balbuciar), e poderá apresentar meningite e encefalite.

## Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico sorológico da Aids no bebê é difícil, pois o exame clássico é feito por meio da dosagem de anticorpos IgG. Ocorre que os anticorpos dosados poderão ser os da mãe, estando o bebê livre da doença. O teste poderá ser considerado positivo após os dezoito meses, quando já houver eliminação dos anticorpos maternos e um resultado positivo significará a produção de anticorpos pelo organismo do bebê infectado pelo vírus.

## Prevenção

A melhor medida para a prevenção da Aids é a informação. Os pais deverão estar informados sobre os riscos de contaminação pelo HIV, a fim de evitá-los. Atualmente todas as mulheres devem realizar teste anti-HIV no período pré-natal (de preferência a cada três meses), e se a mulher não realizou pré-natal deverá ser realizado teste rápido para HIV no momento do parto. A Academia Americana de Pediatria recomenda que seja feito o teste de HIV em todos os recém-nascidos cujas mães não tenham feito o teste durante a gravidez.

**Tratamento.** A grande esperança é a descoberta de uma vacina o mais breve possível. Além do acompanhamento médico constante e de certas medidas (boa alimentação e tratamento das infecções oportunistas), existem medicamentos atualmente empregados para controlar a doença. Dos medicamentos usados, o AZT (azidotimidina) é a droga de escolha para o tratamento inicial, sendo aplicada por via oral, sob a forma de xarope. A dosagem e o controle da aplicação do AZT, como também de outros medicamentos que estão sendo usados, ficarão a critério do pediatra. O esquema de vacinas deverá ser mantido nas crianças já apresentando sintomas, com exceção da vacina contra tuberculose (BCG), que não poderá ser aplicada. Atualmente, com as novas drogas aplicadas separada ou conjuntamente a outras drogas, tem-se conseguido prolongar a vida do doente.

## BRUCELOSE

Também é conhecida como "febre ondulante", febre de Malta, doença de Bang, sendo felizmente pouco frequente em crianças nos primeiros anos de vida. A doença se manifesta sorrateiramente: cansaço fácil, abatimento, dor de cabeça, irritabilidade, mal-estar e febre que pode durar dias, semanas e até meses. Às vezes toma forma crônica que, de tão suave e inexpressiva, passa despercebida, e o doente é diagnosticado com neurastenia, indolência, insônia e irritação. É uma febre de tipo variável, ondulante, fato que sugeriu a designação da doença. A cura é simples, os casos de morte são raros, porém, durante a doença, o indivíduo fica incapacitado para suas atividades escolares, devido à astenia (desânimo, fraqueza).

**Período de incubação.** Muito variável e difícil de determinar; o início é insidioso e a data da infecção raramente pode ser precisada, sendo, geralmente, de cinco a trinta dias.

**Período de transmissibilidade.** Raramente se transmite de um indivíduo para outro. O germe poderá ser eliminado pela urina e por outras secreções durante muito tempo.

**Suscetibilidade e resistência.** A suscetibilidade é variável, conforme demonstra a

grande diferença entre o grau de severidade e a duração da doença, além da menor sensibilidade das crianças às manifestações clínicas e da frequência das infecções leves ou inaparentes. Não se conhece ao certo a duração da imunidade adquirida.

**Diagnóstico.** É feito pelo isolamento do germe no sangue; o teste intradérmico revela infecção presente ou passada, e é de valor limitado para o diagnóstico.

**Modo de transmissão.** São fontes de infecção: o leite, a urina, o sangue de animais infectados (boi, porco, ovelha, cabra, cavalo). O leite e o queijo cru são fontes mais prováveis. Raramente é transmitida de um indivíduo para outro.

**Prevenção.** Ferva sempre o leite. Existem vacinas preparadas. Não há necessidade de isolamento do doente.

**Tratamento.** O tratamento com antibióticos tem apresentado resultados razoáveis, mas têm sido comprovadas recaídas, apesar da medicação. As tetraciclinas têm sido para o adulto a medicação aconselhada, pelo espaço mínimo de 21 dias, mas para as crianças abaixo de oito anos as tetraciclinas estão contraindicadas. Para a criança, os antibióticos aconselhados são a eritromicina e as sulfas. A

estreptomicina intramuscular também é empregada, devendo ser aplicada, entretanto, associada a outro medicamento. As penicilinas não se têm revelado úteis. Nos casos extremamente graves, a possibilidade da aplicação de cortisona deverá ser decidida pelo médico.

Não existe tratamento específico; nos casos benignos, administre analgésicos e antitérmicos, mantenha uma alimentação rica em proteínas (leite, ovos e carne), vitaminas e frutas. Nos casos graves, o mais provável é a apresentação de edema faringotonsilar (inchação intensa das amígdalas e da garganta).

A inflamação do fígado e do baço poderá acarretar grandes dores abdominais, e a administração de cortisona (corticosteroide) estará indicada para aliviar as dores.

Nos casos crônicos, com meses de evolução, a aplicação de agentes antivirais, como o Aciclovir, poderá ser tentada; entretanto, sua aplicação é discutida.

## CATAPORA (VARICELA)

A catapora, também denominada por alguns de varicela, é uma moléstia infectocontagiosa de caráter eruptivo. Durante muito tempo foi considerada por alguns como varíola branda, mas a ideia de moléstia autônoma, independente da outra, chegou até os nossos dias. É extremamente contagiosa. O início da moléstia é discreto, com a temperatura entre 37,5ºC e 39,5ºC.

A criança não apresenta sintomas alarmantes; inapetência, pouca disposição, dor de cabeça, e em 24 a 48 horas aparecem sobre a pele manchas vermelhas, que se transformam em vesículas, mantendo um halo de inflamação. O líquido desta vesícula se transforma de claro a purulento; a vesícula acaba por se romper, formando-se depois uma crosta, que se desprende de quinze a 21 dias, podendo ou não deixar cicatriz. Esses elementos eruptivos não são disciplinados; enquanto uns começam, outros acabam na mesma região, dando o aspecto de céu estrelado.

Às vezes a catapora é tão branda que passa despercebida e somente quando começam a aparecer as vesículas é que se suspeita da moléstia. O exame da boca e da garganta mostrará, então, a existência de vesículas. Em alguns casos, os leigos pensam em urticária, ignoram estar diante da moléstia

infectocontagiosa, pois a catapora, como a urticária, provoca prurido (coceira). A verificação da temperatura, correlacionada com outros dados, esclarecerá o caso, pois a urticária não causa febre.

**Agente infeccioso.** Vírus varicela-zóster, relacionado com o do herpes-zóster.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o indivíduo infectado. As secreções das vias respiratórias constituem a fonte de infecção. As lesões da pele têm bastante importância no contágio e as vesículas são infectantes.

**Modo de transmissão.** De um indivíduo para outro, sob contágio direto, por intermédio das gotículas de muco ou saliva, ou através do ar; indiretamente, por meio de objetos recém-contaminados pelas secreções da pele ou das mucosas das pessoas infectadas. É das doenças que mais facilmente se propagam, principalmente nas primeiras fases de erupção.

**Período de incubação.** De duas a três semanas; geralmente de treze a dezessete dias.

**Período de transmissibilidade.** Provavelmente, no máximo um dia antes, até seis dias depois do aparecimento do primeiro surto eruptivo.

A criança poderá voltar à escola sete dias após o aparecimento da erupção ou quando todas as lesões estiverem em forma de crista.

**Suscetibilidade e resistência.** A suscetibilidade é universal entre indivíduos que nunca tiveram a doença. Assume forma mais grave nos adultos e em menores de seis meses. Um ataque da doença confere imunidade duradoura, sendo raros os casos de reinfecção.

**Tratamento.** Corte as unhas e mantenha-as escovadas. Evite o prurido (coceira). Não deve ser usada nenhuma medicação tópica sem orientação médica. Pode ser usado anti-histamínico para melhora da coceira. Na catapora infectada pelos agentes piogênicos (estafilococos), o antibiótico tipo cefalexina estará indicado. No caso de se ter de usar um antitérmico (febre alta), está contraindicado o uso da aspirina, pois poderá levar a um tipo de encefalite denominada síndrome de Reye; e deverá ser usado o acetaminofen ou a dipirona.

A gamaglobulina administrada nos primeiros três dias após o contágio poderá modificá-la, atenuando-a; é empregada sobretudo nas crianças que estão usando ou que usaram recentemente a cortisona. As crianças submetidas à aplicação de cortisona, quando

acometidas de catapora, poderão apresentar complicações sérias, desde a púrpura (hemorragias), lesões oculares, lesões do fígado, até a encefalite, que é a inflamação cerebral. Existe no momento um soro chamado ZIG (imuno-zóster-globulina) que, se aplicado, poderá evitar a catapora e deverá ser empregado em casos graves de doença crônica, em que a criança não pode absolutamente ser contaminada pelo vírus da catapora, pois há grande risco de vida. Neste caso estão incluídas as crianças em tratamento contra a leucemia e com qualquer outra doença que exija a aplicação de cortisona em doses elevadas e constantes.

**Prevenção.** Vacina contra a catapora — deverá ser aplicada (0,5ml) aos doze meses em injeção subcutânea, estando atualmente no calendário nacional brasileiro.

## CAXUMBA

A expressão caxumba é adotada hoje para designar o ataque de um vírus específico a um organismo suscetível e capaz de desencadear quadros clínicos

diversos. Sua forma mais comum é a parotidite, isto é, o comprometimento das glândulas salivares, comumente designado pelo povo como "papeira". Outras manifestações, como a meningoencefalite (mais frequente), ocasionada pela infecção do sistema nervoso central, pancreatite, orquiepididimite (infecção nos testículos e no epidídimo) ou ooforite (infecção nos ovários, mais comum na puberdade), podem ser observadas. Há ainda os casos em que, apesar de haver infecções no organismo causadas pelo vírus, não há doença clínica — são as chamadas formas inaparentes, que conferem proteção e imunidade para o resto da vida, sem que o indivíduo saiba que já teve infecção.

A doença se inicia pela febre. A temperatura é variável, às vezes leve, às vezes alta, com inapetência e prostração; onze a treze dias depois, nota-se a inflamação de uma ou mais glândulas salivares (parótida, sublingual, submaxilar); a criança sente dor ao abrir a boca, bem como pela compressão do tumor glandular. Este, durante dois ou três dias, atinge o máximo de volume, para depois decrescer, juntamente com a febre. Algumas complicações são possíveis, como a inflamação dos testículos e dos ovários; existem também outras possíveis, como a

pancreatite, com vômitos e náuseas, e a mais grave de todas, a meningoencefalite. Por isso não convém subestimar a gravidade da infecção; a criança, mesmo que a caxumba seja benigna, deverá permanecer em repouso e ser convenientemente tratada.

A inchação (edema) é a maior e principal característica da doença. Começa a ser observada atrás do pavilhão auricular, pela inchação da depressão existente entre o queixo e a mastoide (região logo atrás do lóbulo da orelha); em seguida, a inchação desce, levantando o lóbulo inferior da orelha. Esta inchação é diferente das outras comumente observadas, pois apresenta uma consistência gelatinosa ao ser apalpada. O edema atinge seu limite entre o terceiro e o sétimo dias, para em seguida diminuir gradativamente.

Existem outros vírus que também causam aumento das parótidas, que não o vírus da caxumba. O quadro clínico é bastante semelhante ao da caxumba, o que explica a "recaída" da doença em algumas crianças.

**Agente infeccioso.** O vírus da caxumba (Paramixovírus).

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o homem, e a fonte de infecção, a saliva

de pessoas infectadas.

**Meio de transmissão.** Por contágio direto, pelas gotículas expelidas pela criança doente ou pelo contato com objetos recém-contaminados pela sua saliva.

**Período de incubação.** De catorze a 27 dias; geralmente, dezoito.

**Período de transmissibilidade.** De cerca de sete dias antes do aparecimento dos sintomas característicos até nove dias depois, mas nunca ultrapassando o período de tumefação das glândulas salivares. Os indivíduos suscetíveis poderão contrair a doença por meio da exposição ao contágio com pessoas portadoras de infecção inaparente. Quarenta por cento dos indivíduos têm infecção sem inflamação das glândulas salivares, entretanto são contagiantes.

**Suscetibilidade e resistências.** Acredita-se que a suscetibilidade é geral. São raros os segundos ataques, admitindo-se, em geral, como permanente a imunidade conferida por um acometimento típico ou inaparente.

**Isolamento.** Enquanto durar a inflamação das glândulas salivares.

**Diagnóstico.** Nem sempre a doença é evidente. São numerosos os casos de caxumba sem inflamação das glândulas salivares. Existem inflamações dos gânglios (ínguas) do pescoço, provocadas por bactérias ou por outro tipo de vírus, que podem ser confundidas com a caxumba. Neste caso, só o médico estará em condições de fazer o diagnóstico.

**Tratamento.** Faça com que a criança repouse na cama, ou, se não for possível, mantenha a criança em casa na fase inflamatória, ou seja, enquanto o pescoço estiver inchado. Nesta fase deverá ser proibido qualquer esporte, sobretudo andar de bicicleta e jogar futebol, fazer natação e tomar banhos de mar. Dieta líquida, sopas e purês mornos e suco de frutas não ácidas. Antibióticos e gamaglobulina não têm qualquer valor.

**Prevenção.** Com a Mumpsvax, a vacina de vírus vivo atenuado. Atualmente existe um tipo de vírus que, ao que tudo indica, protege por toda a vida. A vacinação contra a caxumba ocorre geralmente aos doze meses, com a aplicação da MMR, que é uma vacina combinada contra o sarampo, a rubéola e a caxumba.

# CÓLERA

O cólera é uma doença caracterizada por uma intensa diarreia aquosa, sem ser acompanhada por dor e febre, levando a uma desidratação grave, que poderá levar ao estado de choque se não for feita reidratação num período de quatro a doze horas. As crianças são mais sujeitas às convulsões, à redução das taxas de açúcar no sangue (hipoglicemia) e ao coma do que os adultos. As crianças alimentadas ao peito podem desenvolver uma proteção contra o cólera grave durante os primeiros dois anos de vida.

**Período de incubação.** De um a três dias, podendo variar de poucas horas a cinco dias.

**Agente infeccioso.** É causada pelo *Vibrio cholerae*, com diversos tipos de gravidade.

**Forma de transmissão.** A infecção é transmitida geralmente por água e alimentos contaminados. Nas regiões onde não existem esgotos, nem água potável, é mais fácil o contágio.

Vegetais folhosos, frutas regadas com água contaminada e frutos do mar malpreparados (peixes, mariscos, siris etc.) são meios de transmissão. Os insetos (moscas e baratas) são fontes de pouco perigo

para o contágio.

Os familiares que cuidam dos doentes com cólera raramente contrairão a doença, desde que lavem diversas vezes as mãos com sabão e sempre usem roupas limpas. Os surtos de cólera aparecem principalmente no verão, nas estações chuvosas, sobretudo quando há enchentes. Entretanto, a doença poderá aparecer em qualquer lugar e época devido à presença de uma pessoa portadora crônica do *Vibrio cholerae*, tendo vindo de regiões infectadas.

**Tratamento.** A hidratação venosa é a forma de tratamento mais importante, devendo ser iniciada o mais rapidamente possível, assim que houver suspeita da doença. Nos casos menos graves, a hidratação oral é outro recurso. Os antibióticos usados são a tetraciclina, o doxycycline, a eritromicina e as sulfas.

**Prevenção (vacina).** A vacina deverá ser aplicada em ocasiões epidêmicas. A proteção é aproximadamente de 50%, e sua duração é de três a seis meses. Não é fornecida em todo o território nacional por não haver no momento epidemia da doença.

# COQUELUCHE (*PERTUSSIS*)

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda no aparelho respiratório, caracterizada por repetidos acessos de tosse convulsiva, terminando por um guincho, seguido ou não de vômitos.

É uma moléstia infectocontagiosa, caracterizada por um tipo particular de tosse. Acomete geralmente a criança de dois a quatro anos. Antes dos dois anos é mais grave pela facilidade de complicações, sobretudo pneumonia — quanto menor a criança, mais grave a coqueluche. Atualmente, com o advento da vacina, a doença ocorre em menores de dois meses, já que nesta idade eles são suscetíveis. O início da moléstia é traiçoeiro, ela tem aspecto de uma bronquite gripal comum; somente depois de dez a quinze dias é que se iniciam os terríveis acessos de tosse característicos da moléstia, acessos em número variado, de dez, vinte e até trinta por dia nos casos graves; são mais frequentes pela madrugada. A tosse torna-se tanto mais característica quanto mais idade tiver a criança, e nas menores de um ano não é nítida.

**O período de acesso.** Isto é, da tosse convulsiva, poderá durar de dez a 25 dias, para então

se tornar uma bronquite banal, que durará de quinze a trinta dias. Durante a coqueluche, a criança apresenta o rosto inchado e os olhos empapuçados, devido à compressão das veias pelas contrações musculares durante o acesso; nos casos mais severos, pode haver até hemorragia subconjuntival, ficando os brancos dos olhos avermelhados. A criança, durante a coqueluche, fica sensível e, logo que sente que vai tossir, corre para junto da mãe, pressentindo o temporal que se desencadeará. O acesso é doloroso, maltratando-a extraordinariamente, e acabando, às vezes, em vômitos, ou pela expulsão de um catarro viscoso. Os leigos têm a impressão de que a criança não resistirá, que ficará sufocada: uma vez passada a tosse, a prostração domina, momentaneamente, a criança, que depois reage como se nada houvesse, voltando a brincar.

**A temperatura.** Na coqueluche, a temperatura é baixa, apresentando 37ºC, 37,5ºC até 38ºC, e temperaturas elevadas significam quase sempre complicações pulmonares ou infecção gripal intercorrente. É interessante observar algumas crianças que, após se curarem da coqueluche, passam bem alguns meses, mas, se mais tarde um resfriado lhes faz tossir, elas tossem como se estivessem com

coqueluche, e os pais julgam que a doença possa ter voltado; isto é exclusivamente um fenômeno nervoso, um reflexo condicionado, que a criança guarda na sua memória por algum tempo e que é despertado pela tosse. A intensidade da coqueluche varia de caso para caso, às vezes sendo branda, outras vezes grave, principalmente em crianças nervosas.

**Agente infeccioso.** É causada pela *Bordetella parapertussis*. A transmissão é direta, por gotículas dos doentes, tosse, espirros, principalmente na sua fase inicial.

**Modo de transmissão.** Pelo contato direto com indivíduo infectado, através das gotículas de muco e saliva que expele, ou indiretamente, pelo contato com objetos recentemente contaminados pelas suas secreções.

**Período de incubação.** Geralmente de sete dias; quase sempre dentro de dez dias e nunca acima de 21.

**Prevenção.** Pela vacina Tríplice (DPT-DPTa), no segundo, no quarto e no sexto mês de vida (ver link 1, link 2 e link 3). A mãe grávida poderá fazer uso principalmente no segundo trimestre de gestação produzindo proteção para seu bebê através do leite

materno.

**Período de transmissibilidade.** A doença é particularmente transmissível durante a fase inicial do período catarral, antes que a tosse característica confirme o diagnóstico presuntivo. Uma vez iniciada a fase de tosse, a transmissibilidade vai decrescendo progressivamente, até tornar-se, ao fim da terceira semana, praticamente nula para os contatos menos diretos, embora ainda persistam os paroxismos de tosse e os guinchos. Considera-se que o período de transmissibilidade se estende desde o sétimo dia após a exposição ao contágio até três semanas após o aparecimento dos acessos típicos, quatro semanas ao todo. Depois de seis semanas não é contagiante.

**Tratamento.** A coqueluche é uma das infecções mais difíceis de serem tratadas. Os resultados obtidos, contudo, não são confiáveis, e apesar de se conseguir na maioria dos casos melhora clínica, a doença habitualmente segue seu curso, cabendo ao organismo reagir contra ela, pela formação de defesas específicas.

O cocobacilo responsável pela doença é sensível à eritromicina administrada durante catorze dias por via oral ou injetável. As sulfas poderão ser usadas como terapia alternativa. Para controle da tosse, os

corticoides (cortisona) e o salbutamol poderão ser usados, mas sob indicação do pediatra. Além do antibiótico, outras medidas deverão ser tomadas e se constituem em elementos auxiliares de grande valor. No caso de grande agitação, é conveniente dar um sedativo à criança, sempre sob orientação médica.

Um ambiente calmo, tranquilo, evitando-se os jogos e brincadeiras excitantes ou cansativos, auxilia na involução da doença. Também os passeios ao ar livre e a ventilação constante nos ambientes fechados parecem encurtar a enfermidade.

A globulina hiperimune não mostrou ter valor, sendo seu uso contraindicado. Da mesma maneira, as viagens de avião ou câmaras hiperbáricas não demonstraram utilidade.

## DENGUE

É uma doença infecciosa, transmitida pela picada de um mosquito. Os sintomas clínicos são variados de doente para doente. Nas crianças geralmente provoca um estado febril, que poderá durar de um a quinze dias (com inflamação da garganta, rinite, corrimentos

no nariz), tosse fraca e discreta, erupção (*rash*) da pele; entretanto, algumas crianças poderão manifestar sintomas intensos, febre repentina e alta (39ºC a 41ºC); dor de cabeça forte (testa) e retro-orbital (atrás dos olhos), dor intensa nas costas (que poderá ser o sintoma mais precoce), dores nos músculos e nas articulações, muito fortes, responsáveis pelo modo diferente de andar do paciente, como se estivesse se fazendo de dengoso. Algumas crianças doentes podem ter náuseas e vômitos, um perigo para a desidratação. A convalescença é longa, com falta de apetite e astenia (desânimo).

Existe a dengue hemorrágica, forma muito grave da doença, caracterizada por hemorragias e choque; nestes casos a internação hospitalar deverá ser imediata. O diagnóstico pode ser suspeitado quando há, no hemograma, diminuição da contagem de plaquetas. A sorologia deve ser solicitada após cinco dias para confirmar o diagnóstico.

**Agente infeccioso.** Existem quatro tipos de vírus bem definidos por exame de laboratório. No Brasil, os tipos 2 e 3 são os responsáveis pelo surtos e epidemias desde 2002. Foram descritos alguns casos de dengue tipo 4 no ano de 2012 e 2013.

**Incubação.** De um a sete dias.

**Transmissão.** É feita pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, que ataca somente durante o dia e ao crepúsculo, e não à noite, o que torna desnecessário o uso de cortinados e mosquiteiros para este tipo de mosquito, mas não para os pernilongos. O mosquito se alimenta dentro das moradias e imediações, sendo atraído pelo homem. Para evitar as picadas de inseto pode-se usar repelentes próprios para o bebê a partir dos seis meses de idade.

**Prevenção.** É feita pelo controle do mosquito que se reproduz pelas larvas provenientes dos ovos depositados em águas paradas (pratos de vasos de plantas, calhas, garrafas, pneus abandonados etc.) Recomenda-se o uso de mosquiteiros nos berços durante o período do sono. Para crianças maiores, recomenda-se o uso de meias e calças compridas para evitar exposição das pernas, pois o mosquito voa baixo e pica, preferencialmente, as pernas e os tornozelos. Não há vacina disponível. Em vários países do mundo, inclusive o Brasil, está sendo pesquisada a vacina contra a dengue do tipo 1, 2 e 3. Havendo quatro tipos de vírus da dengue, é possível o indivíduo contrair a doença mais de uma vez.

**Tratamento.** Não há terapêutica específica. Deve-se repousar na cama no período de febre, que deverá

ser mantida abaixo de 39ºC com antitérmico. Use analgésicos para controlar as dores. Não dê aspirina (há perigo de hemorragia). Deve-se aumentar bastante a ingestão de líquido (em geral 80 a 100ml por quilo de peso). Nos casos de piora clínica, a criança deverá ser levada ao serviço de urgência para hidratação venosa, internação e monitorização rigorosa.

## DIFTERIA (CRUPE)

É uma doença infectocontagiosa caracterizada pela formação de placas na faringe (garganta) e na laringe, dando ao doente tom de voz característico, justamente quando estas placas se assentam na laringe, causando sufocação. Denomina-se crupe, que é a forma mais temida da doença. Conhece-se o agente responsável e o meio de transmissão; tem-se na terapêutica um soro de bons resultados e, ultimamente, já entrou na prática diária a vacinação prévia, que evita, na sua quase totalidade, que a doença acometa a criança.

O início da doença é insidioso; há febre pouco

acentuada, a criança mostra-se inapetente, tem pouca disposição para brincar, sintomas geralmente atribuídos à indisposição passageira. Algumas mães zelosas e calmas hoje já conseguem examinar a garganta do filho; apesar de não ser fácil para um leigo, é aconselhável este exame porque a verificação de qualquer placa branca ou cinzenta mostrará a necessidade imediata de chamar o médico. A placa diftérica, além de poder localizar-se na laringe, nas amígdalas, no céu da boca, na úvula etc., pode localizar-se no nariz ou na pele.

A intensidade dos casos varia muito, sendo mais frequente nos lugares de clima frio. O importante é a urgência de administrar o soro, que deverá ser dado logo e em doses elevadas. Quanto mais tarde se emprega o soro, menos probabilidade de cura e maior de complicações. A difteria diagnosticada cedo quase nunca constitui perigo para a criança.

**Agente infeccioso.** É causada pelo *Corynebacterium diphtheriase,* ou bacilo de Klebs-Loeffler.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é a pessoa infectada. As mucosas do nariz, da faringe, da nasofaringe e das lesões, cutâneas ou outras, constituem fonte de infecção.

**Modo de transmissão.** Pelo contágio com o doente ou portador, ou através de objetos contaminados pelas suas secreções. A doença pode ser transmitida pelo leite.

**Período de incubação.** De dois a seis dias, podendo ser mais longo.

**Período de contágio.** É variável, até que os bacilos virulentos desapareçam das secreções e lesões; em geral, duas semanas ou menos; raramente mais de quatro. O contágio varia de duas a quatro semanas nas pessoas não tratadas e um ou dois dias nos pacientes tratados.

**Tratamento.** É feito com a administração de soro antidiftérico, em injeção intramuscular, nas doses: doença leve, de 20.000 a 40.000 unidades; doença moderada, de 40.000 a 80.000, e doença grave, de 80.000 a 120.000 unidades.

Deverá ser feito repouso na cama, por até catorze dias, devido a complicações neurológicas ou cardiovasculares. Alimentos líquidos ou em forma de purê poderão para ser engolidos sem dificuldade. Vaporização (spray) com soro fisiológico amornado melhora o mal-estar da garganta.

Deverá ainda ser usada a penicilina-procaína (na

dose de 300.000 unidades por dia, para crianças abaixo de 10kg, e 600.000 unidades para as maiores) durante catorze dias, por via intramuscular, ou a penicilina G (100.000 a 150.000 u.i./kg/dia), até o máximo de 1,2 milhão de unidades divididas em duas doses, por via intramuscular. Também pode-se administrar eritromicina oral ou parenteral, na dose de 40mg a 50mg/kg/dia, até o máximo de 2g/dia durante catorze dias.

Todos os pacientes deverão ser isolados de outras crianças. Todos os objetos, como pratos, colheres, garfos, roupas de uso e de cama deverão ser fervidos por até vinte minutos em água com sabão. Os que cuidam do doente deverão lavar suas mãos com água e sabão.

É importante que o diagnóstico seja feito dentro de 48 horas, porque a ação do soro é muito mais eficaz neste período do que quando aplicado pela primeira vez após este prazo.

Quando foi dado antibiótico, antes da retirada do material, a cultura pode levar de cinco a sete dias para se mostrar positiva, e às vezes, apesar da doença, poderá dar negativa; o diagnóstico clínico neste caso é que tem valor absoluto.

O exame diário da garganta pelo pediatra é

indispensável. A aspirina e a codeína poderão aliviar a dor de garganta. A penicilina e a eritromicina poderão ser administradas como auxiliares, mas nunca como substitutas do soro.

A sensibilidade ao soro deverá ser, sempre que possível, pesquisada por injeção intracutânea de 0,05 a 1 por 20 do soro antidiftérico, dissolvida em solução fisiológica. Se for positivo, o soro deverá ser aplicado em doses fracionadas, com intervalos de quinze minutos, de acordo com orientação do pediatra, mas sempre tendo ao lado uma injeção, para os casos de emergência, de solução milesimal de adrenalina, fresca, de preparação recente, que em caso de choque poderá ser aplicada de um 0,1 a 0,5cm$^3$ na criança.

**Prevenção.** A vacina contra a difteria é de grande eficiência. Deverá ser aplicada a cada dois meses, no segundo, no quarto e no sexto mês, juntamente com a de pólio. É dada uma quarta dose aos dezoito meses, juntamente com a da coqueluche e a do tétano, a conhecida vacina tríplice. No início do ano escolar, aos seis anos, deverá ser dada, então, uma quinta dose. Desta data em diante, bastará ser dada a cada cinco anos, ou, segundo outros, a cada dez anos, mas unicamente com a de tétano, sem a da

coqueluche, a vacina dupla difteria-tétano, porque a vacina tríplice desta data em diante costuma provocar reação muito forte, devido ao antígeno da coqueluche.

## DISENTERIA AMEBIANA (AMEBÍASE)

É uma infecção do aparelho digestivo caracterizada por diarreia e mal-estar abdominal. Mais raramente, poderá ocorrer eliminação de fezes com mucosidade clara, misturada a sangue, o que se verifica na disenteria bacilar. A febre é baixa ou ausente. Em alguns casos poderá provocar abscessos no fígado.

**Agente infeccioso.** Uma ameba (protozoário) denominada *Entameba histolitica*. Às vezes este parasita vive como comensal do intestino, sem provocar a doença no seu portador. O número de portadores com a doença é muito maior do que se pode imaginar, sobretudo na sua forma de resistência, denominada cisto. A *Entameba coli* não causa a doença.

**Diagnóstico.** É feito pelo exame direto das fezes ou de tecidos obtidos de lesões.

**Contágio.** Processa-se por meio de água e alimentos contaminados, o que pode ser evitado com sua fervura. A prática de colocar os legumes numa solução de água e cloro, durante quinze ou vinte minutos, também é aconselhada. Devemos, entretanto, ter cuidado com as crianças, pois algumas não o toleram bem. Não há drogas que evitem a doença (profilática).

**Tratamento.** Confirmada a doença, deve-se manter a criança em repouso na cama e regime próprio na fase aguda. Dieta: maçã, banana bem madura, chá adoçado com Nidex, arroz e batata cozida na água e sal. O medicamento preferido é o Metronidazol, por via oral, durante dez dias. As tetraciclinas não deverão ser empregadas antes dos oito anos de idade.

## DISENTERIA BACILAR (SHIGELOSE)

É caracterizada por cólicas, evacuações frequentes com catarro, sangue e pus. É mais comum nos países de clima quente. A moléstia pode adquirir todas as

características, desde as formas agudas febris, com início violento, até as formas crônicas subagudas, discretas, quando a confirmação da disenteria bacilar constitui verdadeira surpresa para a família e, às vezes, também para o médico. É moléstia que exige grande atenção do médico e cuidados da família.

**Agentes infecciosos.** Várias espécies do gênero *Shigella* (bacilos disentéricos), como *S. dysenteriae (shiga), S. sonnei, S. flexneri, S. boydii* e outras.

**Período de incubação.** Varia de um a sete dias.

**Período de contágio.** Durante todo o tempo em que o doente elimina a bactéria pelas fezes, até quatro semanas. Manter as mãos bem lavadas é uma medida importante de prevenção, bem como isolar o doente. Serão necessárias três culturas negativas de fezes, com intervalos mínimos de 24 horas, para se confirmar a cura.

**Modo de transmissão.** Pela ingestão de alimentos, água ou leite contaminados, pela transferência de material das mãos à boca, pelas moscas e pelos objetos infectados com fezes de pacientes ou portadores.

**Tratamento.** Em primeiro lugar, evite a desidratação, dando ao paciente soro hidratante e

água fresca em grande quantidade. A ampicilina é o antibiótico mais indicado, pelo menos por cinco dias. A amoxicilina não é eficaz contra a *Shigella* e não deverá ser usada. O sulfametox-trimetropina também poderá ser empregado. As tetraciclinas não deverão ser aplicadas. Combata a febre alta. Cuide da limpeza da casa com a maior cautela, sobretudo os vasos sanitários. Lave as mãos antes e depois de cuidar da criança.

**Prevenção.** Não há vacina apropriada. Medidas sanitárias são úteis, principalmente com relação à água e aos alimentos. Evite moscas e controle em locais apropriados às dejeções humanas.

## DOENÇA DE CHAGAS

É causada pelo *Trypanosoma crusi*, um protozoário, e transmitida ao ser humano por um inseto, conhecido vulgarmente como "barbeiro". O barbeiro oculta-se nos buracos das paredes, fendas de assoalhos, rachaduras nos tetos, enfim, em qualquer lugar que possa constituir um bom refúgio. Ali permanece durante o dia, saindo à noite, em busca de sangue.

Para que se efetue a contaminação, torna-se necessário que o barbeiro absorva o sangue de algum animal ou de uma pessoa já infectada. A transmissão não ocorre pela picada; logo após a picada, o barbeiro elimina sobre a pele do indivíduo suas fezes, nas quais são encontrados os tripanossomas; na hipótese de o inseto estar contaminado, os parasitas penetrarão no organismo pelo local da picada, sobretudo se a pessoa se coçar.

Cerca de uma semana após o contágio, surgem os sintomas: inchação unilateral das pálpebras (sinal de romana), aumento dos gânglios no pescoço, mal-estar, fraqueza e febre.

Às vezes os sintomas são leves, passando despercebidos, aparecendo, anos mais tarde, perturbações cardíacas.

A única forma de se evitar a propagação da doença consiste no extermínio dos barbeiros, com emprego de inseticidas e outros cuidados na reparação da casa. É uma doença difundida em alguns estados do Brasil, sobretudo em Minas Gerais, com tendência à forma crônica, não havendo até o momento tratamento próprio. O tratamento é feito na fase aguda por drogas especiais (Nirfurtimox).

## ERITEMA INFECCIOSO (QUINTA MOLÉSTIA)

É uma doença eruptiva, que se apresenta com caráter epidêmico, especialmente entre os dois e os seis anos, manifestando-se por exantema de grandes máculas, manchas vermelhas, localizadas no rosto e na face, podendo atingir as extremidades. O estado geral permanece bom. O período de incubação, desde o contato até aparecer, é de sete a catorze dias. Ela se manifesta no rosto, dando à mancha vermelha um aspecto de borboleta, e o nariz e a boca não são atingidos. Raramente apresenta-se no tórax, no peito ou na barriga; entretanto, poderá haver erupção intensa nas nádegas. Não costuma haver febre. Não requer tratamento; é doença que passa automaticamente.

## ESCARLATINA (INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA)

Das doenças infectocontagiosas eruptivas, é a uma mais grave. Nos estados do Centro-Oeste e Norte do

Brasil é excepcional, mas no Sul e em São Paulo é observada. As crianças louras parecem mais sensíveis à moléstia do que as morenas. O contágio pode ser tanto direto do doente para a pessoa, como indireto, por meio de objetos, roupas etc., pois o germe responsável vive muito tempo fora do organismo humano. O começo da doença é brusco e violento, com febre até 41°C, vômitos, dor de cabeça e inflamação de garganta (angina). A língua tem aspecto característico, chamado língua de morango, seca, muito vermelha, com as papilas salientes. O exantema, isto é, a erupção, é intenso, aparecendo dois ou três dias após o início da febre, mais acentuado nas partes do corpo em contato com o colchão e nas dobras das articulações. A distribuição é a mesma da do sarampo, isto é, começando pela cabeça, atingindo posteriormente o tronco, os braços, as pernas e os pés. Para muitos médicos, é particular à escarlatina a localização em uma zona peribucal pálida, sem erupção, e na região mentoniana (queixo). A erupção dura de quatro a seis dias, e depois começa a esmaecer; a descamação é profusa, feita em verdadeiras escamas, e bastante prolongada, o que não se verifica no sarampo. A escarlatina poderá levar a muitas complicações: abscessos, nefrite,

miocardite (inflamação do coração) e febre reumática. A doença é causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, que tem mais de sessenta tipos diferentes. Podem provocar escarlatina os tipos que produzem algumas toxinas denominadas eritrogênicas, responsáveis pela erupção.

**Reservatório e fonte de infeção.** O reservatório é o ser humano, doentes em estado grave, convalescentes ou portadores. As secreções do nariz, da garganta, das lesões purulentas ou dos objetos contaminados constituem a fonte de infecção. Os portadores nasais estão particularmente aptos a contaminar o ambiente.

**Modo de transmissão.** A transmissão é feita por contágio direto, pelo contato com um paciente ou portador ou pela inalação de estreptococos existentes nas gotículas de muco e saliva expelidos pelo indivíduo infectado ao espirrar ou tossir. A transmissão raramente se efetua pelo contato ocasional. A contaminação do ar por estreptococos é feita através da poeira, do solo, felpas de roupas de cama e do corpo, lenços etc. Não está ainda claramente definida a importância da veiculação pelo ar e da contaminação do ambiente na propagação da doença. A ingestão de leite e outros alimentos

contaminados poderá causar surtos epidêmicos explosivos.

**Período de incubação.** Curto; em geral, de dois a cinco dias.

**Período de transmissibilidade.** Nos casos sem complicações, a doença é transmissível durante o período de incubação e das manifestações clínicas, isto é, cerca de dez dias. Os indivíduos com complicações que não tenham sido tratadas e que deem origem a secreções purulentas poderão disseminar a infecção durante semanas ou meses. O tratamento adequado com penicilina faz desaparecer, em 24 horas, a capacidade infectante dos doentes ou portadores.

**Tratamento.** Repouso, líquidos, regime em forma de purê, de acordo com os desejos da criança. Codeína e acetaminofen poderão melhorar a febre, a dor de cabeça e o desconforto da garganta. A penicilina é o medicamento preferível; se a criança for alérgica à penicilina, deve-se dar eritromicina, cefalexina, ampicilina ou amoxicilina. A penicilina poderá ser aplicada em injeção intramuscular, a chamada penicilina benzatina, na dose de 600 mil unidades, para crianças com menos de 20kg, e 1.200 mil para as maiores, em dose única. Também pode

ser administrada a penicilina V ou amoxilina oral, de seis em seis horas, durante dez dias.

## EXANTEMA SÚBITO (*ROSEOLA INFANTUM*) — SEXTA MOLÉSTIA

É uma doença que se apresenta repentinamente, com febre alta, de 39ºC a 40ºC, com início de diagnóstico difícil, confundindo-se com gripe, pneumonia, otite e nefrite. Três dias depois aparecem manchas vermelhas generalizadas na pele, chamadas maculoeritematosas; às vezes essas manchas são salientes, sendo chamadas de papulosas, o que a confunde com a rubéola. O interessante é que, imediatamente antes do aparecimento da erupção, do terceiro para o quarto dia, a febre cessa. É uma doença que ocorre geralmente na primavera, tendo uma incubação de sete a dezessete dias, porém a média é de dez dias. Ataca geralmente as crianças entre seis meses e três anos. Não tem tratamento próprio, devendo-se dar apenas antitérmicos. É comum nas crianças entre um e três anos, devido à elevação rápida da temperatura, o surgimento de

convulsão febril. É doença de evolução benigna, sem maiores complicações. A causa, a fonte de infecção e o modo de transmissão são desconhecidos.

**Agente infeccioso.** Vírus.

**Contágio.** Provavelmente por indivíduos transmissores da doença. É pouco contagiosa.

**Período de incubação.** Varia, de sete a dezessete dias.

**Quarentena.** Não é necessária.

**Tratamento.** Não existe tratamento específico, devendo-se dar antitérmico (em comprimidos ou em gotas) para baixar a febre, dieta leve etc.

**Prevenção.** Não existe vacina.

## RUBÉOLA

É conhecida também pelo nome de sarampo alemão ou sarampo de três dias. É uma moléstia infectocontagiosa eruptiva, que durante muitos anos, e ainda hoje, é confundida com o sarampo, sendo mais benigna e menos frequente do que ele. É rara na atualidade com o advento da vacina.

A febre e o exantema (erupção) são quase constantes, e a difusão da erupção é mais rápida do que no sarampo; em alguns casos o exantema toma conta de todo o corpo em questão de horas.

Uma característica da doença é o infartamento (aumento) de gânglios linfáticos do pescoço, da nuca e atrás das orelhas, facilmente notados pela palpação ou mesmo à simples inspeção. Falta geralmente a secreção dos olhos e do nariz, não há o horror à luz, tão frequente no sarampo, nem a tosse cansativa. As manchas do exantema são redondas ou ovais, mais pálidas e mais distanciadas uma das outras do que no sarampo. Sua tonalidade é vermelho-rosada, quando no sarampo é violácea, e vermelho-amarelada na escarlatina.

**Rubéola do recém-nascido (congênita neonatal).** A rubéola adquirida durante o primeiro trimestre de gravidez é uma das causas da incidência de malformações, fetos mortos e abortos. Os bebês com rubéola congênita poderão apresentar as seguintes manifestações:

**a)** Baixo peso.

**b)** Lesões congênitas dos olhos, como catarata, glaucoma, retinite e coloboma.

**c)** Surdez.

**d)** Microcefalia (cabeça pequena), meningoencefalite ou atraso mental.

**e)** Doença congênita do coração.

**f)** Púrpura trombocitopênica, que provoca hemorragias da pele e das mucosas.

**g)** Hepatomegalia (fígado aumentado).

**h)** Esplenomegalia (baço grande).

**i)** Icterícia, devido à inflamação do fígado, hepatite.

**j)** Lesões ósseas.

Bebês com infecção da rubéola congênita eliminam o vírus através da garganta e da urina durante vários meses após o parto. Estes vírus eliminados pelos bebês são contagiosos, detalhe de grande importância, pois o bebê deverá ser isolado de mulheres grávidas ou na iminência de ficarem grávidas. Recomenda-se que estas mulheres só cuidem do bebê se forem imunes contra a rubéola (isto poderá ser determinado pelo exame de sangue — o teste de inibição de hemaglutinação para rubéola). O bebê com rubéola congênita deverá ser considerado contagiante durante o primeiro ano de vida.

**Agente infeccioso.** Vírus específico, transmitido

por secreções da boca, do nariz e da garganta.

**Período de incubação.** catorze a 21 dias, média de dezoito dias.

Considera-se a criança exposta à rubéola quando esteve em contato com o doente dois dias antes do aparecimento da erupção e por todo o tempo da evolução da doença, cinco dias.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o ser humano. As secreções nasofaríngeas dos indivíduos infectados constituem a fonte de infecção.

**Modo de transmissão.** Pelas gotículas de muco e saliva disseminadas pelo doente ou pelo contato com o paciente. A transmissão poderá também ser feita pelo ar.

**Tratamento.** Não há tratamento próprio. Dê repouso e aumente a ingestão de água.

**Particularidades.** As mulheres, durante o primeiro trimestre de gravidez, deverão evitar ser contaminadas, devido à possibilidade de virem a ter bebês defeituosos.

**Prevenção.** Existe, desde 1980, a vacina contra a rubéola, sendo esta aplicada aos doze meses de idade. A vacina é administrada com a da caxumba e do

sarampo, sendo denominada MMR (M, *mumps*; M, *measles*; R, *rubela*, primeira letra da denominação na língua inglesa). Deve-se dar um reforço da vacina aos quatro anos de idade.

No caso de epidemia, a MMR poderá ser aplicada no primeiro ano de vida, devendo a criança receber uma segunda dose aos quinze meses, pois a vacina aplicada antes desta fase confere imunidade apenas transitória.

A vacina contra a rubéola (sem os outros dois componentes) denomina-se Meruvax.

Não há reação de maneira geral. Manifestações clínicas leves, como febre baixa, erupção da pele (*rash*) ou dores articulares leves poderão aparecer no sétimo dia após a aplicação, sendo estas reações consequentes ao componente antissarampo da vacina, ocorrendo com maior frequência em crianças maiores.

## SARAMPO

O sarampo é uma moléstia infectocontagiosa de caráter eruptivo. Tem um nível de contágio elevado

às crianças não imunizadas com a vacina ou que não tiveram a doença. Nos primeiros meses de vida é excepcional, pois o bebê nasce tendo herdado da mãe alguma imunidade, que vai desaparecendo gradualmente durante os primeiros meses de vida. O sarampo, quando incide no primeiro ano de vida, ou em crianças desnutridas, é doença muito grave, com mortalidade elevada, pela alta incidência de complicações (por exemplo, pneumonia).

O início da moléstia é caracterizado pela febre, por catarro nasal e ocular, com fotofobia (incômodo à luz), inflamação da garganta e tosse rouca e seca. O exame da garganta a mostrará de tonalidade bem vermelha, com pontilhado branco nas bochechas (sinal de Koplik). Só o médico com experiência poderá identificá-lo. A temperatura sobe progressivamente, a pele fica áspera e grossa, e quando a febre está mais alta, aparece a erupção. Geralmente esta temperatura não é influenciada pela administração de antitérmicos. O aparecimento total da erupção leva de três a cinco dias; mostra-se primeiramente no rosto, atrás do pavilhão auricular, pescoço, tórax, braços, abdome, pernas e pés. Após este período a erupção vai esmaecendo, durante três a cinco dias, com fina descamação. Uma vez

desaparecido o exantema, a febre deverá baixar até atingir a temperatura normal; se, porventura, isto não acontecer, alguma complicação se estabeleceu, e deverá ser pesquisada com todo o cuidado. Às vezes o aparecimento do sarampo surpreende a todos, inclusive ao médico, e por isso não devem os leigos julgar mal o profissional por não tê-lo diagnosticado precocemente, o que nem sempre é possível, devido à insignificância ou fugacidade dos sinais da garganta, imprecisos no momento do exame. O sarampo só ocorre uma vez. O que se verifica na prática é a confusão com outras moléstias eruptivas.

É muito comum entre as pessoas a noção de que a criança com sarampo deve ser mantida em quarto fechado, mesmo calafetado, para o sarampo não se recolher. O sarampo se recolhe quando se estabelece alguma complicação pulmonar (pneumonia). Neste caso, não há dúvida de que o caso se agravou. Está claro que não se deve expor a criança ao vento e às grandes mudanças de temperatura; ela deverá ficar em quarto abrigado e ventilado. O chá de sabugueiro, tão louvado pelo uso e há anos empregado, poderá ser dado, e mas não existe evidência de melhora; porém outras bebidas quentes parecem ter efeito similar. Nos países de clima quente, o sarampo é

geralmente benigno, e tudo deverá correr bem, desde que, naturalmente, o tratamento tenha sido corretamente orientado; o trabalho do médico será evitar as possíveis complicações (pneumonia, nefrite, otite etc.).

**Agente infeccioso.** O vírus do sarampo.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o ser humano. As secreções do nariz e da garganta das pessoas infectadas constituem a fonte de infecção.

**Modo de transmissão.** Pelas gotículas de muco e saliva expelidas pelo doente ou por contato direto com pessoa infectada. É uma das doenças transmissíveis mais contagiosas; em alguns casos, transmite-se, provavelmente, pelo ar.

**Período de incubação.** Cerca de dez dias; desde a exposição ao contágio até o aparecimento da febre; aproximadamente catorze dias até o aparecimento do exantema; raramente é mais curto ou mais longo. A administração de gamaglobulina, se feita demasiadamente tarde para impedir a infecção, poderá prolongar o período de incubação em até 21 dias.

**Período do contágio.** Durante a fase catarral;

geralmente nove dias, desde quatro dias antes até cinco depois do aparecimento do exantema.

**Suscetibilidade e resistência.** A suscetibilidade é praticamente geral. A infecção confere quase sempre imunidade permanente. Os lactentes, cujas mães já tiveram sarampo, possuem, em regra, imunidade à doença durante os primeiros meses de vida.

**Tratamento.** A imunoglobulina dá resultados preventivos (por quarenta dias) e moderados quando empregada no período de incubação, antes da erupção. Penicilina e amoxicilina são empregadas para tratar complicações (pneumonia, otite etc.).

**Prevenção.** A aplicação da vacina de vírus vivo é eficiente e dá imunidade provavelmente por toda a vida. Deve-se dar a vacina com um ano (primeira dose) e aos quatro anos (reforço), através da vacina MMR (tríplice viral).

## ERISIPELA (FOGO DE SANTO ANTÔNIO)

É uma moléstia infectocontagiosa localizada na pele, provocada pelo estreptococo, germe bastante

perigoso; é grave, não se devendo mais perder tempo em práticas leigas para debelá-la (rezas, xaropadas etc.). Aparece geralmente circundando uma ferida ou escoriação. Logo nos primeiros dias de vida, quando não se tem a higiene necessária, é possível aparecer no recém-nato a erisipela do umbigo, e em crianças maiores poderá surgir em volta de ferimentos malcuidados; temos observando-a, também, em consequência de traumatismos (pancadas) e furúnculos. Mostra-se como uma placa vermelha, áspera ao tato, e bem limitada na periferia, com aumento sensível de calor na região. No bebê há perigo da generalização, atingindo grande extensão. Provoca temperaturas elevadas.

Seu maior perigo está na passagem do germe ao sangue (septicemia), ataque aos rins (nefrite) ou então febre reumática. É uma moléstia que nunca deverá ser descuidada.

**Causa.** Estreptococo hemolítico do grupo A.

**Período de incubação.** Dois a cinco dias.

**Período de contágio.** Durante o período febril e a descamação.

**Tratamento.** Com penicilina G, eritromicina e cefalosporinas.

**Prevenção.** Não existe vacina. Algumas pessoas são predispostas a tê-la repetidas vezes. O recém-nascido é altamente suscetível.

## ESQUISTOSSOMOSE

É provocada por um parasita, apresentando-se como doença crônica, de evolução arrastada e cura problemática. O parasita, denominado *Schistosoma mansoni*, necessita de um hospedeiro intermediário para se desenvolver. Este hospedeiro é um caramujo que existe em grande quantidade nas lagoas e rios de água doce do Brasil. A transmissão processa-se da seguinte forma: as fezes de um doente contaminam a água onde existem os caramujos. Na água, os ovos do parasito, contidos nas fezes, rompem a casca. Uma vez em liberdade, as larvas procuram os caramujos e neles penetram, completando seu desenvolvimento e saindo espontaneamente deles, prontas para infestar o homem. A água do local fica então infestada, e a contaminação da pessoa ocorre em consequência de um banho em lagoa ou rio, pela penetração através da pele ou das mucosas (aparelho digestivo), no caso de

se beber a água poluída.

O primeiro sintoma é um prurido (coceira) intenso no ponto de penetração pelos parasitas; após três ou quatro semanas, o doente poderá apresentar dor de cabeça, vertigens, tonteiras, sensação de mal-estar, fraqueza, calafrios, dores abdominais e febre baixa ou alta, e com o tempo a inflamação dos órgãos, fígado, pulmões etc. será inevitável. O diagnóstico é feito pelo exame de fezes. O tratamento até bem pouco tempo era difícil e problemático; atualmente a droga de escolha é o Praziquantel, em dose única de 40mg/kg. Poderão ser usados Oxamniquine, Hycantone ou Niridazol, que dão bons resultados, porém sob controle médico. Deve-se evitar banhos em águas paradas.

## FEBRE AMARELA

É uma doença aguda provocada por vírus, acarretando inflamação do fígado, icterícia, vômitos sanguinolentos (vômitos negros) e nefrite. É transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Existem casos brandos e outros com febre muito elevada; de

modo geral, é uma doença grave.

**Período de incubação.** De três a seis dias.

**Tratamento.** Não há tratamento adequado. A aspirina (ácido acetilsalicílico) não deverá ser administrada. Antitérmicos (dipirona, acetaminofen) poderão ser usados sob supervisão médica.

**Prevenção.** A vacina é de vírus vivo atenuado, extremamente seguro, e a criança a suporta com facilidade. A vacina dá proteção com uma única dose durante dez anos. Poderá ser aplicada desde os nove meses de idade. Bebês com menos de quatro meses não poderão tomá-la. As crianças entre quatro e nove meses de idade só deverão ser vacinadas em áreas de atividade epidêmica por decisão do pediatra. As crianças alérgicas à gema de ovo poderão ter reações indesejáveis. A vacina contra a febre amarela não poderá ser aplicada junto com a vacina contra o cólera. A administração dessas vacinas terá de ser separada por três semanas, no mínimo.

## FEBRE CAUSADA PELA MORDIDA DE RATO

Também é conhecida como Soduku. É caracterizada por ulceração (ferida) no local da mordida por rato, com intensa linfadenite regional (íngua) e temperatura muito alta, às vezes irregular e com período de remissão. A penicilina cura esta doença rapidamente.

## FEBRE CAUSADA PELA ARRANHADURA DE GATO

Também é conhecida por linforreticulose benigna, caracterizando-se por mal-estar, febre e linfadenite, que é o aumento dos gânglios linfáticos (ínguas), que às vezes supuram, exigindo intervenção cirúrgica. A doença poderá ser transmitida por gatos que não estejam doentes. Aparentemente o paciente não parece estar doente, pois é de evolução benigna, nunca fatal.

**Agente infeccioso.** Os ingleses julgam que o agente infeccioso é uma bactéria (*Afipias felis*).

**Período de incubação.** Em média, de três a dez dias.

**Isolamento.** Não é necessário.

**Tratamento.** O uso de antibióticos está indicado (rifampicina, gentamicina e algumas cefalosporinas e sulfas).

**Prevenção.** Não há vacina.

## GRIPE (INFLUENZA)

É uma doença provocada por vírus, afetando principalmente o aparelho respiratório (nariz, garganta, laringe, brônquios, pulmões e pleura). Na sua forma clássica, é conhecida pelo nome de influenza, tendo por característica sua grande forma epidêmica. Pode provocar verdadeira pandemia, atingindo todo um continente, como a célebre epidemia de 1918, que, segundo cálculos, matou 20 milhões de pessoas.

Uma das características da doença é a sua facilidade de causar complicações secundárias por infecções bacterianas, principalmente por pneumococos, estreptococos, estafilococos, causando pneumonias, otites, pielites e meningites. Seu aparecimento é rápido, com calafrios, febre alta (que poderá provocar convulsões na criança com menos de dois anos), dor

de cabeça, dor de garganta, dores nos músculos das costas e das pernas, vermelhidão das faces e olhos brilhantes. No início, surge uma tosse seca e curta, que vai aumentando, podendo até assumir aspecto coqueluchoide. No primeiro ano de vida provoca diarreia e vômitos.

Nas crianças portadoras de doenças crônicas, é uma doença muito perigosa. Nos recém-nascidos, a gripe adquire um aspecto muito grave, podendo ocorrer dificuldades respiratórias e sinais de infecções generalizadas.

A convalescença poderá ser considerada tão perigosa quanto a doença, e deve ser, por isso, cuidadosamente supervisionada. A doença acarreta prolongado estado de fraqueza e depressão, facilitando as célebres recaídas.

**Período de incubação.** De um a três dias.

**Agente infeccioso.** Há três tipos de vírus mais comuns que provocam a doença: o vírus A, o vírus B (1940) e o vírus C. Os vírus A e B são os responsáveis pelas epidemias. Atualmente, o vírus da gripe suína também está amplamente difundido.

**Período de contágio.** De 36 a 48 horas antes da doença e durante o período febril. Contaminação direta por meio das gotículas (perdigoto) dos

doentes. Geralmente a epidemia ocorre durante o inverno, devendo ser evitados agrupamentos (colégios, festas, cinemas, shoppings etc.).

**Tratamento.** Não existe até o momento um antibiótico ou produto químico eficiente contra a gripe epidêmica. A penicilina e outros antibióticos podem ser empregados como preventivos de complicações, embora tal prática seja discutível pela probabilidade de acarretar resistência aos antibióticos. A maioria dos médicos os prescrevem. É difícil manter uma criança com febre alta, tosse e catarro sem aplicar um antibiótico, esperando que se manifeste a complicação, como pneumonia, infecção urinária ou otite, para fazê-lo. Dos antibióticos que podemos usar com maior desembaraço no tratamento da gripe destacamos a penicilina e a eritromicina. O oseltamivir (tamiflu) é um antiultraviral usado em casos graves.

**Prevenção.** A vacina contra a gripe epidêmica (influenza) não é recomendada como rotina no esquema de vacinações para crianças normais. Isto porque sua aplicação provoca comumente reações fortes, febre e inflamação local. Atualmente é recomendada para crianças portadoras de doenças crônicas durante surtos epidêmicos e em menores de

dois anos, pois a doença apresenta um risco bem maior do que a reação vacinal. Está indicada especialmente para crianças que apresentam doenças do coração, reumatismo, doença pulmonar crônica, fibrose cística do pâncreas, asma, tuberculose, bronquite crônica, doença renal (nefrose ou glomerulonefrite), doença do sistema nervoso e outras, a critério do pediatra.

Nos Estados Unidos a vacina contra a influenza é preparada todos os anos de acordo com as recomendações dos Centros para o Controle de Doenças (saúde pública americana). Isto porque os vírus estão sempre sofrendo mudanças na sua composição (mutações), e assim vacinas preparadas num ano frequentemente não são adequadas para o ano seguinte.

**Parainfluenza.** Existem outras infecções do tipo gripal produzidas por outros quatro vírus diferentes dos que produzem a gripe clássica, a influenza. O quadro clínico é idêntico: febre, coriza, tosse, dor de garganta etc. Entretanto, na maioria das vezes são de evolução mais rápida e de sintomas mais leves, denominadas parainfluenza. Algumas mães se queixam de que o filho vive gripado; quando não se trata de alergia, a causa residirá no acometimento a

curto prazo pelos diferentes vírus.

## HEPATITE A (HEPATITE INFECCIOSA)

A hepatite A é caracterizada por infecção aguda, com febre, inapetência, náuseas, vômitos, mal-estar e dores abdominais, geralmente seguidas por amarelidão da pele. Muitos casos são benignos, sem icterícia, e diagnosticados pelo laboratório. As fezes ficam claras e a urina, carregada. A convalescença é prolongada; o doente deverá ser acompanhado com cuidado até sua cura total.

**Agente infeccioso.** O vírus da hepatite infecciosa (tipo A).

**Reservatório e fonte de infecção.** O ser humano é o reservatório. As fezes e o sangue de pessoas infectadas constituem as fontes de infecção. A presença do vírus nas secreções nasofaríngeas não está comprovada, mas é geralmente admitida por causa das características epidemiológicas da doença.

**Modo de transmissão.** Geralmente de pessoa para pessoa, os vírus são eliminados pelas fezes e transportados pelas mãos para a boca de outras

pessoas. Às vezes há epidemias provocadas pela água, pelo gelo ou por alimentos contaminados. Mariscos e ostras estão entre os alimentos mais perigosos.

A doença poderá se disseminar às outras pessoas de uma casa, o mesmo podendo ocorrer em creches e jardins de infância. Os pacientes transmitem a doença mais intensamente no período que antecede a icterícia, isto é, antes do diagnóstico. A transmissão por transfusão de sangue existe, mas é rara.

**Período de incubação.** É, em média, de 25 a trinta dias, desde o contágio até o aparecimento da icterícia.

**Período de contágio.** O contágio máximo ocorre nas duas semanas que precedem o início da icterícia. Não há infecção crônica com o vírus da hepatite A.

**Diagnóstico.** Feito pelo quadro clínico e por testes de laboratório: transaminases, determinação de anticorpos contra o vírus da hepatite A, quando indicados.

**Tratamento.** Não há tratamento específico. Recomenda-se repouso, mas sem exagero. A própria criança procura a cama, quando não está bem. Deverão ser proibidos esportes e exercícios violentos,

banho de mar, bicicleta, futebol, vôlei, judô, basquete, de trinta a sessenta dias. Depois, vida normal.

Estão contraindicados os antibióticos e as sulfas, e, como regra geral quaisquer medicamentos.

A dieta deverá ser trivial comum, inclusive carne cozida ou grelhada, com arroz, batata, cenoura e mesmo leite (quando meio gordo), além de frutas verduras e legumes.

**Prevenção.** Os familiares próximos deverão receber gamaglobulina na dose de 0,02ml por via intramuscular. Seu uso, duas semanas após o contágio, é desnecessário.

Nos recém-nascidos de mães infectadas com hepatite A está indicada a aplicação intramuscular de imunoglobulina (0,02ml/kg), se os sintomas na mãe começarem entre duas semanas antes e uma semana após o parto.

**Imunização.** É feita pela aplicação da vacina anti-hepatite A (Havrix e Vapta). Deverá ser aplicada sob orientação do pediatra, sendo a primeira dose com um ano de idade e a segunda seis meses depois.

# HEPATITE B

Trata-se de uma doença subaguda, com icterícia, falta de apetite, náuseas e mal-estar. Nas crianças são frequentes os casos de icterícia. Às vezes há dor articular ou erupção da pele. Em alguns casos, a hepatite B poderá causar uma infecção crônica do fígado. Em outros, mais raros, há formas fulminantes, que levam infelizmente à morte. Assim, a hepatite B é mais grave que a hepatite A.

**Agente infeccioso.** O vírus da hepatite B.

**Reservatório e fonte de infecção.** O ser humano é o reservatório. O sangue e as secreções de pessoas infectadas ou portadoras crônicas do vírus são as fontes de infecção.

**Modo de transmissão.** O vírus da hepatite B é transmitido de pessoa para pessoa por meio de transfusões de sangue ou de produtos derivados do sangue, como o plasma. Também é transmissível por contato sexual, insetos ou contato com objetos ou superfícies contaminados. Em todos estes casos há uma pequena lesão da pele ou da mucosa, por onde penetra o vírus.

**Os portadores crônicos.** São indivíduos que

têm o vírus no seu sangue, durante muitos meses ou anos, às vezes sem nenhum sinal clínico de doença. A doença pode ser adquirida no momento do nascimento, quando a mãe é portadora do vírus. Habitualmente o vírus não é transmitido para o feto durante a gravidez; o risco existe no momento do nascimento ou nas semanas ou meses seguintes.

**Período de incubação.** De 45 a 160 dias, em média 120 dias, desde o contágio até o aparecimento da icterícia.

**Período de contágio.** Enquanto o vírus estiver no sangue, sendo o risco maior antes ou logo após o aparecimento da icterícia.

**Diagnóstico.** Pelo quadro clínico, pelo histórico de transfusões ou contágio e por exames de laboratório. A determinação da presença do vírus da hepatite B no sangue, através do chamado teste HbsAg, ou dos anticorpos contra o vírus, como o anti-HbsAg, é um progresso extraordinário para confirmar o diagnóstico e a presença ou não de imunidade contra a doença.

**Tratamento.** Não há tratamento específico. Para o tratamento das formas crônicas estão em experimentação medicamentos como o Interferon,

que deverá ser unicamente usado a critério do médico pediatra responsável. Evite a aspirina e o acetaminofen.

**Isolamento.** Precauções com o sangue dos pacientes infectados.

**Prevenção.** Uso da imunoglobulina, de acordo com orientação do médico-assistente. Nos contatos com pessoas recém-contaminadas, deverá ser aplicada a imunoglobulina da hepatite B (HBIG), na dose de 0,06ml/kg, IM. Recém-nascidos de mães portadoras do vírus da hepatite B deverão receber imunoglobulina e vacina, caso esta esteja disponível. Quando o recém-nascido for atendido, na sala de parto ou no berçário, deve-se tomar cuidado para não lacerar ou escoriar sua pele ou mucosas, pois através desta solução de continuidade (é quando o sangue da mãe entra em contato com a pele do bebê na hora do parto) podem penetrar os vírus, presentes no sangue da mãe e recobrindo o recém-nascido. Por esta razão deverão ser evitadas as injeções no recém-nascido, a não ser quando indispensáveis. A mãe poderá amamentar sem intercorrências.

**Imunização.** É feita pela aplicação da vacina anti-hepatite B (Engerix). Como rotina, deverá ser dada a primeira dose ao nascer.

# HERPANGINA

Esta doença se manifesta por febre repentina, dor de cabeça, dores musculares e dor de garganta. O exame da faringe (garganta) mostra uma inflamação por pequenas bolhas (vesículas), como se fosse herpes, não atacando as gengivas nem a mucosa da boca. É doença de conhecimento recente (1948). Sua duração é, em média, de cinco dias, podendo durar doze dias.

**Agentes infecciosos.** Vários tipos imunologicamente distintos de vírus Coxsackie do grupo A e outros enterovírus.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o ser humano. As secreções nasofaríngeas e as fezes dos indivíduos infectados, muitas vezes sem que apresentem sintomas clinicamente reconhecíveis, constituem a fonte de infecção.

**Forma de contágio.** Contágio direto com pessoa infectada e pelas gotículas de muco e saliva expelidas pela boca e pelo nariz. Têm sido encontradas moscas contaminadas, mas não há provas de que os insetos, a água, os alimentos ou os

efluentes de esgoto possam transmitir a doença.

**Período de incubação.** Geralmente de três a seis dias.

**Período de contágio.** Durante a fase aguda, e talvez por mais tempo, pois o vírus persiste nas fezes por várias semanas.

**Tratamento.** Não há tratamento sintomático, podendo ser feito algo com antitérmicos e analgésicos, como a aspirina e outros sucedâneos. A alimentação deverá ser líquida, nem gelada nem quente, mas à temperatura do corpo, usando-se suco de maçã, sopa de legumes com carne e gelatina. Para melhorar a dor, pode-se pincelar o local com uma solução de xilocaína, cerca de vinte minutos antes das refeições.

**Prevenção.** Não existe vacina.

## HERPES

Denomina-se herpes uma infecção provocada por um vírus que se localiza na pele e nas mucosas. No início, o doente apresenta sensação de queimadura,

seguida de manchas vermelhas, pápulas, transformando-se em bolhas (vesículas) que acabam por se romper, causando uma ferida com formação de casca. Existem dois tipos de herpes: o chamado herpes simples e o herpes-zóster.

## Herpes simples (símplex)

O herpes simples é provocado por um vírus denominado *Herpes virus hominis*, tendo dois tipos, oral e genital. A manifestação clínica se revela pela sua localização nos lábios, nos olhos e também nos órgãos genitais. É mais frequente dos dois aos seis anos de idade. É uma doença benigna, durando até duas semanas. Só é perigosa quando se localiza nos olhos ou aparece em crianças portadoras de eczema ou que estejam tomando cortisona. O herpes simples no recém-nascido é mais grave. O recém-nascido se contamina através da passagem pela vagina por ocasião do parto, quando a mãe é portadora de vulvovaginite herpética crônica ou periódica (neste caso a mãe tem uma história de herpes recorrente — periódico — nos lábios da vagina), ou mesmo através de pessoas portadoras de vírus que lidam com ele, como enfermeiras, babás ou parentes.

O recém-nascido atacado por esse vírus poderá apresentar doença grave, de diagnóstico difícil, como a meningite, a miocardite e a hepatite.

**Forma de transmissão.** Possivelmente é transmitido por contato direto com pessoas infectadas; entretanto a maioria dessas pessoas tem a infecção inaparente, sendo portadoras do vírus.

**Período de incubação.** Varia de dois dias a duas semanas.

**Período de contágio.** A maior possibilidade de infecção está no decurso da doença. Entretanto, a excreção do vírus através da saliva poderá continuar periodicamente por diversas semanas, depois que o doente está curado da infecção herpética, indicando o grande perigo potencial de infecciosidade. Isso é importante para o caso de enfermeiras que trabalham em berçários ou babás que lidam com recém-nascidos. O aparecimento das lesões está relacionado com fadiga, nervosismo, resfriamento, exposição demorada ao sol, resfriado comum.

**Diagnóstico.** Exames específicos de laboratório.

**Tratamento.** Estão sendo testados vários medicamentos novos contra o vírus do herpes. O tratamento da forma ocular deverá ser feito por um

oftalmologista, usando-se drogas antivirais — iododeoxiuridina e tratamento tópico local. A pomada de Aciclovir é muito útil neste caso.

A droga mais usada atualmente é o Aciclovir, útil principalmente nas infecções primárias, podendo ser usada localmente, por via oral ou injetável, a critério do médico.

Para o tratamento da gengivoestomatite herpética aguda, poderá ser aplicada localmente uma solução oleosa de xilocaína a 2%, cinco minutos antes das refeições; lavagem com antissépticos; analgésicos e sedativos poderão completar o quadro do tratamento.

**Prevenção.** Não há vacina eficaz. Gestantes com lesões herpéticas na vulva, no final da gestação, deverão ser submetidas à cesariana para evitar infecção no recém-nascido, que poderá se contaminar na passagem pelo canal vaginal durante o parto.

## Herpes-zóster

O herpes-zóster é uma infecção aguda, caracterizada pelo aparecimento de vesículas, eminentemente dolorosas, que se distribuem ao longo dos nervos. A sensação de queimadura é

bastante acentuada. Nas crianças a sua evolução é mais benigna do que no adulto; é bastante rara antes dos dez anos de idade.

**Causa.** Está confirmado que tanto a catapora como o herpes-zóster são diferentes manifestações clínicas de uma infecção produzida pelo vírus denominado V-Z, o varicela-zóster. A varicela, popularmente conhecida como catapora, é o resultado da infecção primária por este vírus. O herpes-zóster representa uma reativação ou uma infecção latente da varicela em uma pessoa cuja imunidade anterior se esgotou.

**Período de incubação.** De catorze a quinze dias.

**Diagnóstico.** Exames específicos de laboratório.

**Período de contágio.** A possibilidade de a varicela ser consequente a um contágio com uma pessoa com herpes-zóster deverá sempre ser lembrada.

**Tratamento.** Igual ao do herpes simples. Contraindica-se o uso de aspirina. Poderão ser usadas compressas e, se houver infecção secundária, antibióticos. A administração de gamaglobulina ou cortisona não tem qualquer valor.

**Prevenção.** Ainda não está provado que a vacina

contra a varicela proteja contra o herpes-zóster, embora isso seja provável.

## INFECÇÃO HOSPITALAR NO BERÇÁRIO

Os recém-nascidos e os idosos, devido à sua baixa resistência às doenças, são mais suscetíveis do que pessoas de outras idades ao primeiro contato com qualquer tipo de vírus ou bactéria, elevando o risco de infecção. As causas mais prováveis de infecção no recém-nascido são:

**1)** A própria mãe ser infectada durante o período pré-natal, durante o parto e nos primeiros dias depois.

**2)** O ambiente hospitalar — a equipe hospitalar, o médico, as enfermeiras, os serventes e as visitas ou funcionários estranhos — poderá ser inocente portador e transmissor de germes infecciosos.

**3)** A falta de higiene das enfermeiras e médicos que lidam com o bebê:

- **a)** Higiene insuficiente das mãos.
- **b)** Máscaras, aventais e luvas contaminados pelo

uso constante ou esterilizados insuficientemente.

**4)** A presença do recém-nascido no quarto da mãe e a falta de rigor necessário quanto à higiene e ao comportamento das visitas, que não devem tossir, espirrar ou falar debruçadas sobre o bebê.

As bactérias (micróbios) que mais contaminam o recém-nascido são geralmente transmitidas pelas pessoas que trabalham no berçário. Mãos mal-lavadas poderão transmitir bactérias Gram-negativas *(E. coli*, *Klebsiella-enterobacter-proteu* e *Pseudomonas aeruginosa*) que causam infecções no aparelho digestivo e septicemias (circulação de bactérias no sangue), que deverão ser tratadas com antibióticos adequados para os diversos tipos.

As bactérias denominadas Gram-positivas, como os estafilococos áureos (responsáveis por 40% dos casos) e os estreptococos A, também poderão ser transmitidas pelos funcionários do berçário. Essas infecções respondem bem aos antibióticos usados.

Os vírus (coxsackie B, echovírus, adenovírus, vírus sincicial, influenza) são agentes infecciosos que se alojam na nasofaringe (nariz e garganta) dos adultos, tornando-os transmissores sadios da doença que podem difundi-la pelo simples ato de falar: um sério problema de saúde pública. O uso constante de

máscaras, frequentemente substituídas durante o dia, torna-se obrigatório para qualquer pessoa que trabalhe no berçário.

Infecção hospitalar em hospital geral, mesmo em quarto particular, ou na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), apresenta os mesmos riscos. A tendência atual é de aconselhar a grávida a ter seu filho (se puder) em hospitais denominados perinatais, que só internam parturientes e recém-nascidos. Mulheres com outras doenças ou com necessidade de se submeter a qualquer cirurgia não obstétrica não são aceitas nestes hospitais.

## LEISHMANIOSE VISCERAL (CALAZAR)

O calazar e a leishmaniose tegumentar americana são doenças provocadas por um agente protozoário denominado leishmânia.

Ambas as doenças são transmitidas ao homem pela picada de um mosquito — o flebotomus (mosquito-palha) —, que, após ter sugado o sangue do homem ou animal infectado (cão e raposa para o calazar, cão e gato para a leishmaniose tegumentar), transmite o

parasita ao picar uma pessoa sã. O calazar localiza-se no baço, no fígado e na medula óssea (*Leishmania donovani*), ocasionando uma doença de evolução com tendência crônica, de febre irregular e persistente, baço e fígado aumentados, com graves alterações no sangue: o número de glóbulos brancos é muito pequeno. É uma doença grave. A leishmaniose tegumentar americana (*Leishmania brasiliensis*) provoca ulceração da pele e das mucosas, apresentando-se no início de aspecto nodular, que progride para uma ferida indolor avermelhada e de aspecto muito feio.

**Diagnóstico.** Exame específico de laboratório.

**Tratamento.** Ambas as doenças são tratadas com preparado de antimônio, devendo o tratamento ser orientado pelo médico, pois é tóxico e provoca intolerância e alergias (Glucantime).

**Prevenção.** A profilaxia de ambas as doenças é feita por meio do controle dos animais doentes e dos mosquitos que podem transmiti-la.

## LEPTOSPIROSE

É uma doença grave que tem tido ultimamente sua frequência aumentada no nosso país. Seu início é repentino, com os sintomas comuns às infecções — febre, calafrios, dor de cabeça, fortes dores musculares e acentuado mal-estar. Na expressão popular, como se fosse uma "forte gripe". Passados de quatro a nove dias, o estado geral poderá se agravar seriamente por inflamação do fígado (icterícia), dos rins e do sistema nervoso. É uma doença frequente após enchentes.

**Agente infeccioso.** É um micróbio (micro-organismo) da família espiroqueta (em forma de espiral) denominado *Leptospira ictero* — hemorrágica, pela propriedade de provocar icterícia e hemorragia.

**Reservatório.** Os transmissores são animais urbanos, como ratos e cachorros, ou selvagens, como gambás, raposas e outros.

**Forma de contágio.** A infecção humana poderá ocorrer pelo contato direto com a urina e tecidos (partes) de animal infectado ou indiretamente, através da terra, poços, pântanos, lagoas, riachos e piscinas contaminados com a urina do animal infectado. Esta eventualidade poderá ser a causa de surtos epidêmicos em algumas localidades. A porta de entrada usualmente é a pele lesada (feridas e

arranhões), especialmente dos pés; as mucosas da boca, nariz e conjuntivas são outra possibilidade. Pessoas infectadas poderão excretar o micróbio na urina por vários meses. A transmissão de uma pessoa para outra nunca foi observada.

**Período de incubação.** De sete a treze dias, podendo variar de dois a 26 dias.

**Forma de contágio.** Pela urina do indivíduo durante toda a doença.

**Tratamento.** A eficácia dos antibióticos é discutida; entretanto, podem ser benéficos se iniciados até o quarto dia da doença; penicilina G ou doxicilina poderão ser usadas.

**Prevenção.** A vacinação só é útil em cachorros e outros animais, não para o ser humano. Botas e luvas são necessárias para os que lidam com animais. Deve-se exterminar os ratos.

## MALÁRIA

É conhecida também no Brasil como impaludismo, maleita, sezão, tremedeira, febre quartã ou terçã,

manifestando-se por temperatura elevada e calafrios acompanhados de intensos tremores, conhecidos por acessos, que se repetem periodicamente. No primeiro e segundo anos de vida, a doença não se mostra tão disciplinada como no adulto, que tem acessos diários ou em dias alternados, podendo os calafrios e os tremores do acesso ser substituídos por convulsões, suores abundantes ou então descargas gastrointestinais (vômitos e diarreias). Esta particularidade dificulta às vezes o diagnóstico e o pediatra alerta deverá pensar nesta hipótese. É a doença febril; os acessos poderão ser muito rápidos ou durar de duas até doze horas. É causada por protozoários que se localizam nos glóbulos vermelhos, onde vivem como parasitas, acabando por destruí-los e causando anemia intensa. Existem quatro tipos de parasitas, sendo mais pernicioso o denominado *Plasmodium falciparum*. As outras formas, *vivax*, *malarie* e *ovale,* produzem doença mais benigna. O mosquito *Anopheles* é o transmissor. Já existem remédios seguros para seu tratamento. Na contingência de os pais terem de levar os filhos para cidades situadas em regiões de incidência elevada de malária, a solução será administrar Camoquim, sistematicamente, um dia por semana, a fim de

prevenir a doença. A dose indicada para a criança é de 1/4 de comprimido no primeiro ano de vida; meio comprimido de um a três anos; 3/4 de comprimido de três a seis anos e um comprimido de sete a doze anos.

**Diagnóstico.** Exames específicos de laboratório.

**Tratamento.** Dependerá da espécie de plasmódio (parasita protozoário) presente no agente transmissor, devendo ser feito somente sob supervisão médica.

## MENINGITE

Dá-se o nome de meningite à inflamação das meninges, que são as membranas que envolvem o cérebro, separando-o dos ossos da cabeça.

Os sintomas da meningite são variados e o seu quadro clínico, diverso. Podem começar insidiosamente, com mudança de humor (sobretudo na tuberculose), sonolência, dor de cabeça, vômitos, febre. Outras vezes começam logo com contrações musculares generalizadas ou parciais, atacando os braços, as pernas, ou um lado só. A rigidez na nuca e o abaulamento intenso da fontanela (moleira) são os

sintomas que deverão ser pesquisados.

As meningites mais frequentes são: meningites por *Haemophilus influenzae* e tipo B, meningite meningocócica, também conhecida por cerebroespinhal epidêmica, meningite pneumocócica, meningite estreptocócica e meningite tuberculosa. No bebê, a causa habitual são as bactérias existentes nos intestinos (bacilo coliforme).

O sucesso do tratamento dependerá do diagnóstico precoce e da aplicação imediata de antibióticos.

Meningite bacteriana é uma das doenças mais perigosas em bebês e crianças, podendo provocar complicações no sistema nervoso central (convulsões, paralisia etc.). A meningite viral é causada por diversos tipos de vírus. Geralmente identificada pela punção lombar, habitualmente um líquido claro, nunca purulento, como na meningite bacteriana. A evolução clínica entre nós é geralmente benigna, porém em alguns casos pode apresentar extrema gravidade. Os vírus são sensíveis ao uso de antibióticos, com exceção os de etiologia herpética (vírus do herpes), em que se usa o aciclovir.

**Punção lombar.** A família não deverá se opor por questões sentimentais. A obtenção do líquido da espinha é de extrema importância para o diagnóstico

certo e a cura completa, salvando a vida da criança. Somente pela punção lombar é possível conhecer o germe responsável pela meningite e estabelecer um tratamento adequado. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico do agente responsável, maiores as probabilidades de cura rápida, definitiva e sem consequências. A punção lombar não causa maiores problemas à criança, possibilitando a identificação do agente causador da infecção.

**Tratamento.** O tratamento da meningite dependerá da causa. De modo prático, podemos dividi-la em dois grupos: as purulentas e as não purulentas por vírus ou tuberculose. Meningites chamadas purulentas ocorrem quando o líquido da espinha (liquor cefalorraquidiano) apresenta-se turvo ou mesmo de cor amarelo-purulenta e são provocadas por bactérias, como o meningococo, o estreptococo e o pneumococo, e pela *Haemophilus influenzae*.

O *Haemophilus* é a causa mais frequente da meningite na infância. Houve uma diminuição dos casos tanto de meningite por Haemophilus quanto meningocóccica com o advento da vacinação em todas as crianças a partir de dois meses.

As meningites podem se apresentar na criança

desde recém-nascida. A maioria das meningites purulentas é favorável, respondendo bem à aplicação de antibióticos, entre eles, principalmente, a ceftriaxona. Uma vez isolada a bactéria responsável e feito o antibiograma, o antibiótico será indicado de acordo com o resultado laboratorial.

O importante é que o medicamento seja aplicado em dose elevada logo que houver suspeita do diagnóstico, em injeção endovenosa, independente da classificação do germe responsável, porque o resultado da cultura somente se revela dois ou três dias depois.

Quando surge um caso de meningite meningocócica ou por *Haemophilus*, as pessoas que tiveram contato íntimo com o infectado têm risco de adquirir também a doença. Isso pode ocorrer na escola, numa festa, numa residência, na vizinhança, nas creches. As pessoas que tiveram contato íntimo deverão receber rifampicina, 600mg, duas vezes ao dia para os adultos, 10mg/kg duas vezes ao dia para crianças de um mês até doze anos de idade e 5mg/kg duas vezes ao dia para recém-nascidos, por via oral. A duração do tratamento é de quatro dias. Essas pessoas também deverão receber a vacina meningocócica.

**Vacina.** A vacina contra a meningite epidêmica,

conhecida outrora por meningite cerebroespinhal epidêmica, e causada pelo meningococo denominado *Neisseria meningitidis*, foi criada em laboratório, sendo útil na prevenção da doença contra os grupos A e C. Deve-se esclarecer que os meningococos pertencem a vários grupos, sendo que os grupos A, B e C são os que provocam a maioria dos casos da meningite. Nos últimos anos têm predominado no Brasil os grupos C e B. Existe uma vacina contra a meningite B, produzida em Cuba, que já foi utilizada no Brasil. Seu efeito é controverso, sendo muito questionada sua eficácia pela pequena experiência internacional. Este fato, aliado à baixa proteção dos primeiros meses ou anos de vida, limita a utilização da vacina contra a meningite, que só deverá ser usada após contato íntimo com o doente, como esclarecido anteriormente, ou em situação de epidemia, quando esta for provocada por meningococo do grupo A ou C.

A vacina contra meningite do tipo C é disponibilizada no nosso calendário vacinal, sendo realizada com três e cinco meses.

A vacina contra o *Haemophilus* é obrigatória devido à gravidade da doença. Deverá ser dada no segundo, no quarto e no sexto mês, com um reforço aos

dezoito meses.

**Meningismo.** Entende-se por meningismo o aparecimento discreto de sintomas de meningite no decurso de algumas moléstias (pneumonia etc.) que provocam elevação de temperatura. As meninges não estão atacadas, e os sintomas cederão tão logo baixe a temperatura.

## MICOSES

Existe uma série de doenças provocadas por micro-organismos pertencentes a diversas classes de fungos que atacam o ser humano, sendo mais frequentes nos países de clima quente (trópicos) as infecções micóticas. Observam-se desde as formas benignas, como o sapinho (oidiose), que ataca a boca dos recém-nascidos, as micoses da pele (dermatomicoses), das unhas (onicomicoses), da cabeça (couro cabeludo), até as mais graves, que atacam as vísceras, os pulmões etc. (actinomicose, blastomicose, esporotricose, histoplasmose etc.). A evolução depende da forma da doença. O diagnóstico é feito pelo dermatologista, com o auxílio do

laboratório. A maioria das formas cutâneas responde bem aos tratamentos modernos. As micoses mais populares são a oidiose (sapinho) e as tinhas, que são dermatomicoses provocadas por diferentes fungos e de localização variada.

## Tinha do couro cabeludo (*Tinea capitis*)

Acarreta a perda dos cabelos (pelada) e a formação de seborreia, escamas (caspas) e vesículas (pequenas bolhas). O tratamento deverá ser feito com grisofulvina, cetoconazol e terbinafina, todos por via oral (cautela para crianças). Para tratamento local, poderão ser usados o miconazol, o tioconazol, o cetoconazol, o ciclopirox alamina e a terbinafina.

## Tinha da pele (*Tinea corporis*)

É uma lesão arredondada ou oval, escamosa, de tonalidade róseo-clara, que vai gradativamente aumentando de tamanho, ao mesmo tempo que o centro da lesão vai clareando. A aplicação local de solução a 1% de ácido salicílico e 2% de ácido benzoico, uma vez por dia, é útil. A lesão poderá

localizar-se na região inguinal (virilha) e se denomina *Tinea cruris*, ou então nos pés, entre os dedos, chamada "pé de atleta" (*Tinea pedis*). Em ambos os casos a aplicação de solução a 2% de ácido salicílico e 2% de ácido benzoico está indicada. O tratamento local é igual para o da tinha do couro cabeludo (*Tinea capitis*).

## MONONUCLEOSE INFECCIOSA (CONHECIDA COMO DOENÇA DO BEIJO)

É uma doença de difícil diagnóstico precoce, podendo apresentar os mesmos sintomas iniciais de outras doenças. A assistência do pediatra é indispensável.

É uma doença caracterizada por febre, mal-estar, dor de garganta e gânglios infartados (ínguas). A febre dura até três semanas. Sua particularidade é que ela desaparece pela manhã. A inflamação dos gânglios poderá ocorrer no início ou então somente no fim.

Os primeiros gânglios a crescer são os do pescoço, na sua parte posterior; em seguida vêm os da frente do pescoço, depois os da orelha, das axilas e da região

inguinal (virilhas). Às vezes a inflamação ainda persiste por meses, depois de terminada a doença. Em alguns casos observa-se uma erupção da pele, lembrando sarampo leve. A mononucleose poderá simular outras doenças, sendo às vezes difícil o diagnóstico. O exame laboratorial conhecido por monoteste é o melhor recurso para o diagnóstico.

**Agente infeccioso.** Vírus E. B. Epstein-Barr.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é o ser humano. A fonte de infecção é constituída pelas secreções nasofaríngeas.

**Forma de contágio.** A transmissão se faz de um indivíduo para outro, por contágio direto. A saliva é importante na transmissão (daí a denominação de doença do beijo).

**Período de incubação.** De dez a quinze dias.

**Tratamento.** Tratamento próprio não existe. Vitaminas, alimentação rica em proteínas (leite), repouso, clima, acetaminofen etc. são importantes. Se houver complicações, o uso de um antibiótico estará indicado.

## NEUROVIROSES

Modernamente, entende-se por neuroviroses algumas infecções em geral muito graves, causadas por diferentes vírus que atacam o sistema nervoso da criança, no todo ou em parte: meninges, cérebro, medula e nervos. O protótipo deste grupo é a paralisia infantil. Em segundo lugar, vêm as chamadas encefalites (inflamações do cérebro), que poderão ser causadas por vírus diferentes (caxumba, sarampo, varicela, varíola, raiva etc.). Existe um tipo (neurite infecciosa), conhecido como ascendente, que, não sendo fatal, regride totalmente. Nele a paralisia vai subindo das pernas para os braços e o tórax; enfim, pela espinha. Neste grupo existe uma, provocada por vírus, que vive nos camundongos e ratos, que acarreta moléstias benignas, que se curam, na maioria das vezes, sem consequência alguma.

**Tratamento.** Não há tratamento próprio. A evolução do caso, para melhor ou para pior, dependerá da capacidade de o organismo produzir suas próprias defesas e do grau de agressividade do germe em questão. O médico deverá auxiliar o enfermo, mantendo-o em repouso, dando-lhe dietas adequadas, vitaminas e medicação sintomática.

# PARALISIA INFANTIL (PÓLIO)

Também conhecida por poliomielite, ou pela sua abreviação (pólio), é uma doença infectocontagiosa de caráter geral. Modernamente, o conceito é de que é tão frequente quanto o sarampo e a coqueluche. Sendo de caráter benigno, simulando uma gripe leve ou perturbação gastrointestinal, a pessoa fica imunizada contra ela. Assim, temos a forma abortiva, a forma não paralítica e a forma paralítica. O diagnóstico da forma paralítica poderá ser feito antes de ela se declarar realmente, devido à rigidez dos músculos da nuca e do dorso. A criança só poderá sentar-se na cama apoiando-se nas palmas das mãos, e esta mesma rigidez impede, às vezes, que a criança, sentada, possa beijar os joelhos.

Uma vez declarada a doença (paralisia), os pais não deverão ficar desesperados, porque as oportunidades de cura são bem maiores do que se pode julgar. Assim, existe a possibilidade de, em 70% dos casos, a paralisia regredir espontaneamente, deixando sequelas em 25%, que no entanto poderão melhorar dentro de um ano; e há ainda, infelizmente, uma pequena quantidade de 5% que é fatal.

Quanto à lesão paralítica, acredita-se atingir apenas

1% das crianças que entram em contato com o vírus. Pelos conhecimentos atuais, podemos de modo geral apresentar o seguinte quadro numérico: em 1.000 crianças que entram em contato com o vírus, 900 desenvolvem imunidade, sem apresentar qualquer sintoma grave.

**Causa.** A doença pode ser causada por três vírus diferentes: o tipo 1 (Brunhilde), o tipo 2 (Lansing) e o tipo 3 (Leon).

**Período de incubação.** Geralmente de sete a 21 dias, e, no caso de doença benigna, sem paralisia, de três a seis dias.

**Período de contágio.** Corresponde ao período durante o qual o vírus está presente na garganta ou nas fezes. Na garganta, permanece somente por poucos dias, antes e depois do aparecimento dos sintomas. A permanência do vírus nas fezes do doente demora mais tempo, tanto durante a doença como na convalescença. As vias possíveis de transmissão poderão ser a água, o leite e alimentos contaminados diretamente ou por moscas. O vírus persiste na garganta por aproximadamente uma ou duas semanas após o aparecimento da doença, mas poderá ser excretado pelas fezes, às vezes de modo intermitente, durante seis a oito semanas.

**Isolamento do paciente.** Durante o período febril, até uma semana após o desaparecimento da febre.

**Diagnóstico.** É feito por exames específicos de laboratório.

**Tratamento.** Não há tratamento próprio. Várias medidas de ordem geral são empregadas. Na fase aguda, as compressas quentes (método de Kenny) melhoram as dores musculares e os espasmos, auxiliando o tratamento da forma paralítica da doença. Procure manter as pernas e os braços da criança em posição correta, por meio de travesseiros ou pequenos sacos de areia. A fisioterapia é fundamental para uma melhor recuperação motora.

**Prevenção.** A conquista da vacina contra a paralisia infantil é um dos mais belos capítulos da medicina. Não há dúvida de que sua aplicação fará desaparecer esta doença, livrando o gênero humano de tão dramáticas consequências. As primeiras doses da vacina serão dadas com vacina de vírus inativados, a Salk injetável. E as campanhas são feitas de vacinas com vírus vivos inativados, Sabin, que é oral. Está erradicada no Brasil.

**Providências necessárias para os casos**

**de epidemias.** A Organização Mundial da Saúde aconselha, embora já tenhamos a felicidade de possuir a vacina, tomar as seguintes providências:

**a)** Deve-se empreender a vacinação em massa à primeira indicação de ocorrência de epidemia.

**b)** Proteger as crianças, tanto quanto possível, do contato íntimo e desnecessário com pessoas que não pertençam à família. As escolas nas zonas urbanas não deverão ser fechadas, nem o início das aulas retardado, mas é necessário adiar as atividades atléticas intensivas ou competições esportivas. As escolas rurais, especialmente aquelas que utilizam ônibus para recolher crianças que vivem em áreas escassamente povoadas, e os internatos que recebem alunos procedentes de regiões distantes e livres da doença não devem iniciar suas atividades enquanto a epidemia não declinar.

**c)** Adiar as operações no nariz ou na garganta que não sejam de urgência.

**d)** Adiar a inoculação de qualquer antígeno do tipo precipitado, a menos que se considere que o risco da ocorrência da doença, contra a qual se trata de imunizar, é maior do que o ligeiro aumento do risco de contrair poliomielite, provocado por tais injeções.

**e)** Evitar esforços físicos excessivos, como nos exercícios violentos, por ocasião de epidemias ou no caso de exposição ao contágio.

**f)** Evitar viagens e visitas desnecessárias, mormente em se tratando de crianças, durante as épocas de maior incidência da doença.

**g)** Isolar no leito todas as crianças que apresentem febre, até que se obtenha o diagnóstico.

**h)** Educação no tocante às técnicas de enfermagem e aos cuidados que se devem prestar ao doente, a fim de evitar o aparecimento de deformidades e reduzir o risco de transmissão da infecção.

**i)** Provisão de recursos que assegurem o tratamento prolongado dos casos com paralisia, a fim de se obter o máximo de recuperação por meio da terapêutica de reabilitação.

## RAIVA

É uma doença de evolução sempre fatal, apresentando-se em três fases. Na primeira, manifestam-se sonolência ou torpor, sensação de

formigamento, de calor ou de frio ao redor do local da mordedura, tudo isto acompanhado de irritabilidade, agitação, salivação, lacrimejamento e insônia. Na segunda fase, a excitação aumenta rapidamente e há sensação de angústia e terror, seguida de espasmos da garganta e dificuldade para alimentar-se ou beber líquidos (hidrofobia), a que se seguem convulsões e dificuldade respiratória. A temperatura é usualmente elevada e, às vezes, excessivamente baixa. Na terceira e última fase, cessam os espasmos e a convulsão, apresentando-se então a paralisia, o coma e a morte.

**Agente infeccioso.** O vírus da raiva.

**Reservatório e fonte de infecção.** Os canídeos, silvestres e domésticos, como o cão, a raposa, o coiote, o lobo, mas também o gato, a jaratataca, o quati e outros mamíferos que podem morder constituem os reservatórios. A infecção existe em morcegos hematófagos e frugívoros da América do Sul e da América Central (México). Demonstrou-se, recentemente, nos Estados Unidos, no Canadá, na Europa e no Oriente Médio, a presença de infecção em algumas espécies de morcegos insetívoros. A fonte de infecção na raiva humana é a saliva de animais raivosos.

**Forma de transmissão.** Pela mordedura de animal raivoso ou pelo contato da saliva deste animal com arranhaduras recentes da pele. Embora teoricamente possível, a transmissão direta de um indivíduo para outro nunca foi confirmada. Sabe-se que a saliva do paciente é infectante.

**Período de incubação.** Habitualmente é de quatro a seis semanas, mas poder ser mais prolongado. A duração dependerá da extensão da dilaceração e do grau de inervação da região atingida. Quanto mais próximo da cabeça, menor o tempo de incubação.

**Período de contágio.** No cão e na maioria dos animais que mordem, três a cinco dias antes do aparecimento dos sintomas clínicos e durante a evolução da doença. Os morcegos podem disseminar o vírus durante muitos meses.

**Tratamento.** Não há tratamento específico, uma vez declarada a doença. Deverão ser tomados os seguintes cuidados: o animal doméstico deverá ser preso e observado durante dez dias. O hábito de matar o animal logo após a mordida não é aconselhável. No caso de animais selvagens, quando possível, mate o animal, examinando seu cérebro para identificação da raiva.

**Local.** O local da mordida deverá ser limpo cuidadosamente com muita água e sabão. Posteriormente, deverá ser aplicado álcool a 70%. Antibióticos, de preferência penicilina, deverão ser usados, nos casos de ferimentos profundos ou contaminados. Deverão ser vacinados todos os cães e gatos domésticos.

**Prevenção.** A vacina tem ação protetora garantida e deverá ser aplicada dentro de catorze horas após a mordida. Se for aplicada mais tarde, deverá ser dada uma dose maior. Se a criança vacinada sofrer nova mordedura dentro de três meses, não haverá necessidade de nova vacina, a não ser que as mordidas tenham sido muito extensas. Entre os três e os seis meses, deverão ser aplicadas duas doses. Se o intervalo for acima de seis meses, uma nova série completa deverá ser aplicada.

**Vacina.** Usada nas vítimas de mordidas de animais selvagens ou domésticos, porém com suspeita de raiva. São usadas cinco doses nos dias 0, 3, 7, 14 e 30 após a mordida.

**Soro.** Deverá ser usado nos casos anteriores. Usamos a globulina humana (americana), na dose de 10 unidades no local da lesão e 10 unidades IM.

# SALMONELOSE (GASTROENTERITE)

Existem diversas variedades de germes pertencentes ao chamado grupo das salmonelas. As doenças que eles provocam nas crianças são de três tipos:

**1)** Tifo.

**2)** Paratifo.

**3)** Gastroenterites, geralmente causadas por alimentos contaminados. As chamadas infecções intestinais são comumente produzidas pelas salmonelas. As fontes de contaminação são as carnes, o leite, os ovos, os vegetais crus, a água, principalmente durante o verão. Os animais, como ratos, cachorros, vacas e cavalos, são os reservatórios dos germes; os veículos são as moscas e os alimentos contaminados.

A doença se manifesta com dores de cabeça, enjoos, vômitos, dores abdominais e diarreia e, às vezes, somente febre, com o estado geral relativamente bom. Os sintomas poderão variar, desde os casos benignos até os graves, com complicações sérias.

**Agente infeccioso.** Diversos tipos de salmonelas.

**Período de incubação.** De seis a 72 horas.

**Tratamento.** As salmonelas são germes que causam gastroenterite no bebê. Existem diversos tipos destes germes; já foram identificados mais de 2.200.

A salmonelose é uma doença que ocorre de modo permanente; entretanto existe uma incidência maior durante o verão. A doença se manifesta após um período curto de incubação, de seis horas até sete dias; a criança tem febre, náuseas, enjoos, vômitos, diarreia e cólicas. O exame de fezes é definitivo para o diagnóstico e ainda se pode ter a cultura por meio do exame de sangue. Deve-se administrar ampicilina ou cloranfenicol (ver link).

As medidas para evitar a infecção são de ordem higiênica: usar água potável ou fervida, manter vasos sanitários limpos e desinfetados, alimentos guardados em lugares apropriados, evitar que os alimentos fiquem expostos a moscas. A obtenção de uma vacina contra a salmonelose tem sido difícil, considerando a enorme variedade de samonelas. Deve-se evitar o contato da criança doente com outras (escola, creche) até que se tenha a negativação do exame de fezes.

## SÍFILIS

É uma doença infecciosa crônica que apresenta períodos de atividade demonstráveis por sinais e sintomas, alternados por longos períodos de latência. O feto é contaminado pela mãe através da placenta. O pai não afeta o filho diretamente, mas contaminando a mãe. Sua incidência, que havia decrescido, vem crescendo muito nos últimos anos devido à Aids.

Atualmente já perdeu o caráter de moléstia vergonhosa, como há anos era interpretada. Na infância, só excepcionalmente é adquirida, sendo quase sempre congênita, passando do organismo materno para o feto. Atualmente, com o exame e tratamento pré-nupcial, a que todos os noivos devem se submeter, e com o tratamento durante a gravidez, tem diminuído notadamente o número de crianças nascidas com sífilis. Sua sintomatologia é variada, podendo manifestar-se em diversas partes do corpo humano, sob forma de lesões ósseas, nervosas, cutâneas e viscerais.

Na infecção congênita, observa-se: coriza sanguinolenta, bolhas e descamação da pele, fígado e baço aumentados, icterícia, pneumonia, meningite, osteomielite etc. Às vezes a criança nasce com aspecto normal e os sintomas aparecem mais tarde. O exame

radiológico é de grande ajuda, e os testes sorológicos, bem interpretados, selam o diagnóstico. As gestantes contaminadas poderão ter filhos prematuros. Atualmente, o Ministério da Saúde, devido ao aumento do número de casos de sífilis congênita, considera portadores de sífilis congênita os bebês cujas mães não foram tratadas ou foram inadequadamente tratadas ou ainda quando os parceiros não foram tratados. Sendo assim, deverão realizar investigação e tratamento completos, independentemente dos resultados da sorologia para sífilis.

**Agente infeccioso.** *Treponema pallidum*.

**Reservatório e fonte de infecção.** O ser humano é o único reservatório. As fontes de infecção são as secreções de lesões recentes — manifestas ou encobertas — da pele e das mucosas de indivíduos infectados; os líquidos e as secreções orgânicas (saliva, esperma, sangue, corrimento vaginal) são facilmente contaminados durante a fase infectante.

**Forma de transmissão.** A sífilis na infância é adquirida quase sempre através da placenta, durante a gravidez. Esta transmissão é mais frequente após o quarto mês de gestação, mas poderá ocorrer também antes. Nos adultos (e adolescentes) a transmissão

quase sempre é sexual. As lesões sifilíticas da pele ou das mucosas também são contagiantes.

**Período de incubação.** De dez dias a dez semanas; geralmente é de três semanas.

**Período de contágio.** Variável, não sendo conhecido com exatidão. A doença é contagiosa durante os períodos primário e secundário, bem como as recidivas mucocutâneas, que poderão ocorrer, intermitentemente, durante dois a quatro anos. Não está estabelecido o grau de contágio através do contato sexual, durante o período de latência (de dois a quatro anos). A possibilidade da ocorrência de lesões inaparentes justifica considerar-se este estágio como potencialmente infectante. O tratamento adequado suprime, geralmente em 24 horas, a capacidade infectante.

**Diagnóstico.** Por exames específicos de laboratório, chamado VDRL.

**Tratamento.** O tratamento da sífilis no recém-nascido é feito por meio das injeções de penicilina G aquosa, durante dez a catorze dias, aplicadas com intervalo de doze em doze horas. Nas crianças maiores e em recém-nascidos com mais de uma semana, elas deverão ser aplicadas de oito em oito

horas. Em alguns casos, de acordo com o médico, se a criança tiver uma boa massa muscular nas nádegas (região glútea), poderá ser dada penicilina G-procaína de doze em doze horas também por dez a catorze dias, intramuscular, se não houver evidência de neurossífilis.

## TÉTANO

O começo da doença é insidioso (lento) e há o aparecimento de rigidez muscular, especialmente do queixo e do pescoço. Quarenta e oito horas depois, a doença está definida, apresentando-se dificuldade de abrir a boca e de engolir, inquietude, irritabilidade excessiva, dor de cabeça, calafrios, dor nas extremidades e convulsões. Uma característica da doença é a expressão da face da criança, denominada de riso sardônico, revelando-se pelo franzimento da testa e afastamento dos cantos da boca, como se estivesse chorando do nariz para cima e rindo do nariz para baixo.

Felizmente, cada dia vai se tornando mais raro, porquanto os conhecimentos científicos sobre a

moléstia vão se aperfeiçoando constantemente. Conhece-se o agente causador e a maneira pela qual ele invade o organismo humano; já se tem o soro específico de magníficos resultados e a parte preventiva não foi esquecida, pois a vacinação antitetânica já é uma realidade, faltando unicamente sua generalização sistemática.

Logo que a criança nasce, o maior perigo é a infecção tetânica da ferida umbilical, pela falta de cuidados higiênicos com ela, principalmente em alguns lugares onde é prática corrente tratar o umbigo com pó de estrume, que veicula os esporos do tétano. É chamado mal de sete dias, pois é por volta do fim da primeira semana que o recém-nascido começa a apresentar os sintomas característicos da moléstia.

O mal de sete dias já entrou antigamente com grande cifra na porcentagem da mortalidade infantil, mas, com a difusão dos conhecimentos de puericultura, essa cifra tem decrescido.

As crianças maiores adoecem em consequência de ferimentos malcuidados, sobretudo dos que se verificam na rua e em jardins. O bacilo do tétano vive geralmente nos intestinos dos cavalos e, como consequência, suas fezes o contêm; daí sua frequência nos jardins (estrume) ou nas ruas.

**Agente infeccioso.** *Clostridium tetani* (bacilo do tétano).

**Reservatório e fonte de infecção.** Os reservatórios são os animais domésticos infectados, especialmente o cavalo. O solo e a poeira, contaminados com as fezes de animais, constituem a fonte de infecção.

**Forma de transmissão.** Os esporos do tétano penetram no corpo através de um ferimento, geralmente do tipo perfurante, mas também de queimaduras e de ferimentos insignificantes ou que passam despercebidos. O tétano do recém-nascido geralmente ocorre através da infecção umbilical.

**Período de incubação.** Em geral, de dois dias a dois meses, e, em média, dez dias, dependendo, em parte, da natureza, da extensão e da localização do ferimento. Têm-se observado períodos mais longos, podendo, entretanto, durar apenas um dia. Em recém-nascidos o período de incubação é de cinco a catorze dias.

**Período de contágio.** Em condições naturais, não é diretamente transmissível de um indivíduo para outro.

**Tratamento.** Inicialmente é dada globulina

antitetânica humana (3.000 a 6.000 unidades) por via intramuscular. Não sendo possível sua obtenção, deverá ser dado soro antitetânico em dose elevada (50.000 a 100.000 unidades) em injeções intramusculares. Deve-se fazer o tratamento local do ferimento. Nos casos mais graves, estará indicada a curarização e o uso de ventilação artificial. Metronidazol (30mg/kg/dia, a cada seis horas), oral ou intravenoso, ou penicilina G (100.000u.i/kg/dia, a cada quatro ou seis horas) durante dez ou cartorze dias é recomendado. Medicação para controlar os espasmos tetânicos é de maior importância (relaxante muscular).

**Prevenção.** A vacina contra o tétano deverá ser dada no primeiro ano de vida, juntamente com a vacina contra a coqueluche e a difteria, a primeira vacina tríplice conhecida. A primeira dose deverá ser aplicada no segundo mês e as outras no quarto e sexto meses, acompanhando a aplicação da vacina contra a poliomielite. Aos quinze meses deverá ser dada a quarta dose, juntamente com a vacina contra a coqueluche e a difteria, o mesmo sendo feito entre aos quatro anos (segundo reforço da vacina tríplice DPT ou DPTa). Daí em diante, revacine contra o tétano a cada dez anos (ver tabela)

O quadro seguinte serve de guia para a profilaxia contra o tétano após ferimentos.

| Profilaxia contra o tétano | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Feridas limpas e pequenas | | Todas as outras feridas | |
| **História de imunização antitetânica (doses)** | TT | TIG | TT | TIG |
| **Duvidosa ou menos de 3** | sim | não | sim | não |
| **Mais de 3** | não | não | não | não |
| *TT = toxoide tetânico (ATT)* | *TIG = imunoglobulina humana contra o tétano* | | | |

SAT significa soro antitetânico. A imunoglobulina hiperimune contra o tétano (TIG) é aplicada na dose de 250 unidades. Quando for aplicada juntamente com o toxoide tetânico (TT), utilize seringas descartáveis diferentes e aplique-os em lugares diferentes do corpo.

A aplicação da globulina humana hiperimune tem substituído a aplicação do soro antitetânico, pois sendo este preparado com soro feito com o sangue do cavalo, dá reações, o que não acontece com a globulina. Entretanto, a globulina humana hiperimune é bem mais cara do que o soro antitetânico conhecido.

No caso de ser aplicado soro antitetânico, deverão ser usadas sempre 5.000 u.i. É prudente verificar a possibilidade de alergia, especialmente se a criança já foi submetida a tratamento por soro antitetânico ou antidiftérico. Para pesquisar a suscetibilidade, existem duas provas: a intradérmica e a oftálmica (ocular).

Para a prova ocular, instila-se uma gota de soro diluída em dez gotas de soro fisiológico, observando-se o resultado dentro de meia hora; se for negativo, instila-se uma gota do soro não diluído. A reação é considerada positiva, indicando sensibilidade, se houver aparecimento de congestão e lacrimejamento dentro de vinte minutos.

## TIFO (FEBRE TIFOIDE)

O início da doença poderá ser insidioso (lento) ou repentino. Em alguns casos, assemelha-se a infecções do aparelho respiratório.

O abdome se apresenta timpânico (cheio de gases), há diarreia em 50% dos casos, com fezes líquidas e mucosas. No lactente é comum a prisão de ventre. Às vezes apresenta reação da pele em tom avermelhado. É raro nos dois primeiros anos de vida. Na criança é mais benigno do que no adulto.

**Agente infeccioso.** *Salmonella typhosa* (bacilo de Eberth). As fezes e a urina dos pacientes e portadores sãos da doença poderão ser veículos de contaminação. Água, leite e alimentos contaminados são perigosos. Até o gelo poderá ser contaminado.

**Período de incubação.** De três a sessenta dias.

**Período de contágio.** Durante a moléstia e enquanto houver micróbios sendo eliminados pelas fezes.

**Tratamento.** As fontes de infecção para as crianças incluem portadores crônicos da doença, que são muito frequentes nas grandes cidades, e a contaminação através das fezes, consequente a enchentes ou desastres nos esgotos sanitários da cidade. Na nossa experiência a febre poderá estar

presente por um período curto, de cinco dias, ou mesmo de trinta dias, antes de o diagnóstico ser firmado; as manifestações são febre, vômitos, diarreia, dores de barriga e de cabeça, aumento do fígado e do baço, perda de apetite e de peso, depressão, tosse e o aparecimento de pequenas manchas vermelhas; em alguns casos, sinais de meningite, que não é propriamente meningite, mas meningismo.

É importante relembrar que o exame feito pela cultura de sangue para o diagnóstico é mais precoce do que aquele que é feito através das fezes (na primeira semana da doença).

O tratamento pelo cloranfenicol é o tratamento de escolha, sobretudo para as crianças, em dose apreciável, rigorosamente dividida em quatro doses diárias. Nos casos graves, poderão ser dadas intravenosamente. Para as crianças que recebem tratamento demorado, o cloranfenicol poderá ser administrado oralmente, como o palmitato de cloranfenicol (ver link), nas mesmas 24 horas, mas neste caso com intervalos de quatro em quatro horas. Com este sal, o palmitato, as reações indesejáveis que às vezes este antibiótico produz são muito menos frequentes. As reações desfavoráveis ocorrem sobretudo em crianças que receberam anteriormente

doses pequenas, em curtos intervalos, por três ou quatro dias. É necessário que seja feito um hemograma, a pequenos intervalos, e se por acaso os glóbulos brancos caírem abaixo de 5.000, o médico deverá realmente tomar maior cautela. A ampicilina e a cefotaxima em doses elevadas têm sido recomendadas como drogas eficazes; no caso, o cloranfenicol não pode ser aplicado. Entretanto, terão de ser dadas em doses elevadas e por via intravenosa, especialmente nos primeiros dias. A recaída de febre tifoide poderá ocorrer, às vezes, noventa dias após o paciente ter recebido alta.

A vacina contra a febre tifoide é satisfatória, mas deverá ser dada com cautela, porque poderá haver uma certa reação; é indispensável que ela seja dada pelo médico, e que a criança permaneça no consultório por trinta minutos após sua aplicação, não devendo se retirar logo em seguida.

## TIFO EPIDÊMICO (EXANTEMÁTICO)

É a forma mais grave das doenças tíficas, sendo conhecida, em alguns lugares, por "tifo das

montanhas". O agente responsável é a *Rickettsia prowazekii*, transmitida pelo piolho (*Pediculus capitis*). É geralmente uma doença de evolução muito violenta. O tratamento é feito com o cloranfenicol (ver link).

Retrovírus é um tipo de vírus responsável pela maior parte das diarreias agudas em crianças nos primeiros seis meses de vida e até o terceiro ano. Na Europa ele aparece relacionado a epidemias em determinadas épocas do ano. Entretanto, no Brasil, ocorre de maneira regular durante todo o ano. O tratamento é o mesmo para todas as diarreias agudas.

**Contágio.** A transmissão é feita de uma pessoa para outra por contaminação fecal-oral, principalmente em locais de pouca higiene, sem saneamento básico.

**Diagnóstico.** É feito por imunoensaio (Elisa), com as fezes de pacientes com diarreia. Sua positividade é maior nos primeiros três dias da doença.

**Tratamento.** Como toda doença causada por vírus, não há tratamento específico, limitando-se às medidas gerais de manutenção da hidratação e controle sintomático de vômitos e cólicas.

# TOXOPLASMOSE

O nome desta doença está sendo mais conhecido no decorrer dos últimos anos. O primeiro caso foi descrito em 1939. Tem adquirido importância excepcional para o nascimento dos bebês devido a manifestações sérias que eles apresentam quando a doença ataca sua mãe durante a gravidez. As manifestações no recém-nascido portador da toxoplasmose são as mais dramáticas possíveis: hidrocefalia (cabeça-d'água), microcefalia (cabeça pequena), lesões oculares graves (coriorretinite), com perda ou precariedade da visão e convulsões. Nos casos generalizados, a criança pode ter aumento do fígado (hepatomegalia), aumento do baço (esplenomegalia), pneumonia, febre e convulsões, devido às calcificações cerebrais. Entretanto, existem crianças, principalmente com afecções do sistema nervoso, que se apresentam relativamente bem ao nascer e a doença aparece após algumas semanas ou muitos meses.

**Agente infeccioso.** A toxoplasmose é uma doença causada por um protozoário nos homens e nos animais. O agente responsável é o *Toxoplasma gondii*.

**Transmissão.** O gato é o maior responsável pela propagação da doença, pois é o único animal que elimina os cistos nas fezes. Estes cistos poderão contaminar outros animais e o próprio homem. Este se infecta pela ingestão destes cistos ou então pela ingestão de carne crua ou malcozida proveniente de animais infectados. A toxoplasmose congênita resulta de infecção da mãe durante a gravidez. Apareçam ou não os sintomas na grávida, cerca de 1/3 dos fetos estará infectado. Esta doença é também causa de aborto, ou de fetos nascidos mortos, o que na verdade é uma seleção da natureza para evitar o recém-nascido doente sem cura. A forma adquirida da doença na sua manifestação mais comum é o aumento dos gânglios, com ínguas por todo o corpo. Foi relatada uma epidemia desta doença numa universidade nos Estados Unidos, seguida de uma ingestão de hambúrgueres crus pelos estudantes, que continham provavelmente carne de vaca contaminada ou misturada com carne de porco ou de carneiro infectada.

A doença ocular é geralmente congênita. O exame de fundo de olho é indispensável em todo recém-nascido com toxoplasmose. Frequentemente a doença ocular só se manifesta meses ou anos após o

nascimento. Todo recém-nascido com suspeita de toxoplasmose congênita deverá realizar a ultrassonografia transfontanela para detectar a presença de calcificações cerebrais.

O diagnóstico clínico da doença é feito pela observação dos sintomas; entretanto, a confirmação por meio dos exames de laboratório é indispensável. O exame consta da pesquisa de anticorpos no sangue. O que importa é que o exame seja feito no exame pré-nupcial ou pelo menos antes que a mulher engravide. As mulheres que possuem anticorpos contra o toxoplasma, ao engravidarem, não correm risco, pois a toxoplasmose só é perigosa para o feto quando adquirida durante a gravidez. Se uma mulher, antes de engravidar, não possui anticorpos (defesas) contra o toxoplasma, deverá tomar o maior cuidado para não adquiri-lo durante a gestação.

**Período de incubação.** Aproximadamente sete dias; a média é de quatro a 21 dias.

**Prevenção.** Evitando o contato tanto com gatos quanto com suas fezes. Só coma carne bem cozida (cuidado com os rosbifes, pastéis, bolinhos de carne!).

**Diagnóstico.** É feito por exames especiais de laboratório. Durante a gravidez, o exame do líquido

amniótico deverá ser feito se houver suspeita de toxoplasmose.

**Tratamento.** Os melhores medicamentos contra o toxoplasma são a sulfadiazina e a pirimetamina, esta bastante tóxica, não devendo ser administrada durante a gestação. Neste caso, recomenda-se a espiramicina. O tratamento dá resultados precários, pois o parasita fica encistado dentro dos tecidos e os medicamentos não o atingem bem.

Na forma adquirida, ganglionar, normalmente a cura é espontânea, não exigindo tratamento específico na maioria dos casos. O emprego do ácido folínico previne efeitos tóxicos hematológicos (sangue). É obrigatório o acompanhamento pelo oftalmologista (exame de fundo de olho).

## TUBERCULOSE

A introdução do bacilo da tuberculose no corpo humano não é, invariavelmente, seguida do desenvolvimento da doença. Algumas pessoas têm maior resistência do que outras. O número de bacilos que entra no organismo tem importância

extraordinária no desenvolvimento da doença. A questão sobre fatores predisponentes é motivo de alguma discussão.

**Hereditariedade.** Não há evidência de que exista uma tendência hereditária à infecção tuberculosa. A infecção intrauterina é muito rara, mas até hoje já foram comprovados mais de cem casos.

**Raça.** Não pode ser afirmado que a raça seja fator de predisposição. A incidência maior entre as raças negra e mestiça está ligada a fatores socioeconômicos, como precariedade de sistemas sanitários.

**Clima.** É discutível a importância do clima no desenvolvimento da doença. Cidades com superpopulação, com poucos lugares ao ar livre e com sol, subnutrição e moradias inadequadas deverão ser os fatores responsáveis.

**Idade.** É a doença mais frequente na criança pré-escolar e no adolescente.

**Transmissão.** O bacilo da tuberculose não ataca apenas por inalação, mas também pela ingestão. Justamente a infância é a fase mais perigosa para a infecção, quando o ser humano apresenta notável suscetibilidade para a moléstia e fraca resistência. Deve-se evitar, de qualquer maneira, o contato de

uma pessoa com tuberculose com um bebê, pois ele é uma verdadeira "esponja" em relação ao micróbio, absorvendo-o com extrema facilidade. Parentes e amigos que tenham sido afetados pela tuberculose não deverão conviver com uma criança menor de três anos, pois embora tenham sido dados como curados, por diversas causas poderão se tornar contagiantes sem saber. A infecção tuberculosa é tão generalizada, o seu contágio é tão fácil, que a imensa maioria dos adultos já sofreu a agressão do bacilo, uns conseguindo derrotá-lo, permanecendo sãos, outros por ele derrotados e adoecendo. E por isso já disse um grande médico "que a tuberculose do adulto é uma velha canção, cuja primeira estrofe foi cantada no berço".

Na epidemiologia da doença, domina o contágio: a mãe tuberculosa poderá amamentar seu filho, porém deverá usar uma máscara durante todo o período de tempo, e a separação máxima torna-se indispensável ao nascer; se, porventura, não for contagiante (eliminadora de bacilos), não deverá ser também facilitada, convivendo-se o menos possível com a criança. Deve, além disto, vigiar-se para surpreender qualquer agravamento da doença, porque ocorre um fenômeno curioso: a mulher tuberculosa, quando

engravida, melhora extraordinariamente da lesão pulmonar e do estado geral, permanecendo assim durante toda a gravidez. O paciente com mãe com tuberculose não deverá fazer a BCG ao nascer e deverá tomar isoniazida por três meses para evitar o contágio da doença. Após três meses o recém-nascido deverá realizar um exame chamado PPD e se negativo o bebê receberá a BCG.

As formas clínicas da tuberculose são diversas e sobretudo traiçoeiras. Chamamos a atenção para um tipo especial que se verifica no lactente: é a chamada tuberculose florida, em que embora albergando lesão tuberculosa grave, o bebê se mantém com aspecto excelente, conservando bom peso, humor etc., e repentinamente pode deflagar-se a tragédia!

Com o aparecimento da Aids, aumentou também a frequência da tuberculose, assim como o risco de as crianças serem contaminadas por meio dos pais infectados pelo HIV, e possivelmente já tuberculosos.

**Agente infeccioso.** O bacilo da tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis*. O tipo humano é o responsável por quase todos os casos de tuberculose pulmonar, cabendo ao tipo bovino raros casos de tuberculose extrapulmonar e variando a proporção, de acordo com as oportunidades de contágio por

outro tipo.

**Reservatório e fonte de infecção.** O reservatório é, primordialmente, o ser humano, e, em algumas áreas, também o gado *vacum* infectado. As secreções das vias respiratórias de indivíduos com tuberculose pulmonar aberta (baciloscopia positiva) e o leite cru da vaca infectada constituem fonte de infecção. Os pacientes de tuberculose extrapulmonar não representam, geralmente, fonte de infecção.

**Modo de transmissão.** Ao tossir ou espirrar, o paciente com tuberculose pulmonar aberta lança no ar partículas infectantes; as diminutas partículas desta nuvem poderão ser inaladas diretamente ou após terem se depositado nas superfícies e sido novamente suspensas no ar, incorporadas à poeira. O contágio, direto ou indireto, constitui importante método de transmissão. A infecção alimentar, através de utensílios de mesa contaminados, não tem a mesma importância. A infecção decorre, geralmente, da convivência prolongada e íntima que caracteriza a vida em família. A tuberculose bovina é transmitida pela ingestão de leite ou laticínios que não tenham sido pasteurizados, provenientes de vacas tuberculosas, ou através do ar contaminado nos estábulos ou da manipulação de produtos de origem

animal infectados.

**Período de incubação.** Da infecção ao aparecimento das lesões da fase primária, cerca de duas a doze semanas.

**Período de transmissibilidade.** Enquanto o paciente eliminar os bacilos da tuberculose. Começa quando as lesões se tornam abertas. O escarro de alguns pacientes permanece positivo, intermitentemente, durante anos. A terapia antimicrobiana abrevia o período de transmissibilidade.

**Prevenção (vacina).** A prevenção contra a tuberculose na infância resume-se em algumas medidas fundamentais, entre as quais se destacam a vacinação pela BCG intradérmica no primeiro mês e o controle de sua imunização por meio da tuberculino-reação (reação de Mantoux — PPD). Evite contato com pessoas tuberculosas ou suspeitas, sobretudo pessoas idosas, com tosse crônica, que, segundo dizem, é devida aos cigarros; uma chapa dos pulmões não fará mal para que possam, com tranquilidade, continuar a beijar seus netos. Alimentação rica em leite, carnes, ovos, frutas cruas e legumes verdes, de preferência, é recomendada. Controle médico periódico e, no caso de qualquer

suspeita, submeter a criança à abreugrafia, ar livre, quartos bem ventilados, arejados, atingidos pelo sol, bem como evitar dormir com muitas pessoas no mesmo quarto, enfim, são todas medidas de bom senso.

**Tratamento.** O uso de novas drogas, como a rifampicina, a estreptomicina, a isoniazida e a pirazinamida, melhorou extraordinariamente o prognóstico da tuberculose. Convém, entretanto, que o diagnóstico seja feito com urgência e que as doses dos remédios sejam rigorosamente adequadas; doses insuficientes ou tratamento interrompido dificultam a cura.

## VARÍOLA

Moléstia terrível que, além da gravidade, deixava o doente marcado para o resto da vida. A erradicação da varíola foi uma vitória extraordinária da medicina, resultando de um grande esforço de vacinação realizado em todo o mundo.

O último caso de varíola no Brasil ocorreu em abril de 1971, no Rio de Janeiro.

Ali Maow Maalin, cozinheiro do Hospital Distrital da cidade de Merka, no sul da Somália, na África, apresentou erupções típicas de varíola em 26 de outubro de 1977. Este é o último caso de varíola registrado no mundo, de aquisição comunitária.

Em agosto de 1978, Janet Parker, uma fotógrafa que trabalhava num hospital em Birmingham, na Inglaterra, adquiriu infecção por exposição ao vírus, em laboratório, morrendo em consequência. Este é o último caso de varíola conhecido no mundo.

Numa reunião realizada em dezembro de 1979, a Comissão Mundial de Certificação da Erradicação da Varíola, da Organização Mundial da Saúde, concluiu que a doença tinha sido erradicada do mundo.

No Brasil, a Portaria nº 055, de 29/01/80, do Ministério da Saúde, aboliu a obrigatoriedade da vacina antivariólica, que já não é mais utilizada.

Esta praga milenar, que aterrorizou gerações, foi eliminada graças aos esforços dos cientistas e trabalhadores da saúde, bem como à cooperação das comunidades.

A todos, e especialmente a Jenner, o criador da primeira vacina, nossas homenagens e gratidão.

# VIROSES

As doenças causadas por vírus estão sendo cada vez mais frequentes, apesar dos grandes progressos alcançados pela medicina atual. Nas doenças provocadas por vírus que a medicina conseguiu isolar, preparando uma vacina, a situação está sob controle. Assim acontece com a paralisia infantil, a caxumba, o sarampo, a rubéola, a febre amarela e a varíola; entretanto, existem novos grupos de vírus que estão sendo progressivamente conhecidos e estudados, e que provocam uma série de doenças, algumas benignas e outras graves, para as quais ainda não se conseguiu preparar vacinas. Um fato que complica a situação é a propriedade de os vírus não serem sensíveis aos antibióticos em quaisquer doses ou combinações.

Mas o que é um vírus? É um agente infeccioso, infinitamente pequeno, apenas visível pelo microscópio eletrônico. Os cientistas os dão como ponto de transição entre o inorgânico e o orgânico, isto é, a vida e a não vida. O vírus é composto por moléculas do núcleo das proteínas, só podendo viver no interior das células vivas do corpo humano, atingindo-o pelo contato com as secreções (saliva,

esperma), excreções (fezes, urina) e sangue dos indivíduos ou animais contaminados. De modo geral, o período de incubação de uma doença por vírus é de três a cinco dias, e sua evolução varia de três dias a quatro semanas, ou mais, e a gravidade dependerá da natureza destrutiva do vírus e da capacidade de o organismo contaminado produzir imediatamente suas defesas (anticorpos) em quantidade suficiente para inativá-los e destruí-los.

O exame laboratorial de um vírus exige equipamento próprio e técnica especializada, o que torna a rotina do seu exame ainda difícil no exercício diário da clínica, somente sendo exigido em casos especiais, e em muitos casos sem conseguir um resultado positivo. Para dar uma noção aos pais de como é difícil o problema das viroses na infância, basta lembrar que, além das doenças provocadas por vírus definido, como já é do nosso conhecimento, como a paralisia infantil, a rubéola, o sarampo, a catapora e outras já citadas, existem dois grupos de vírus que provocam uma série de doenças relativamente frequentes na criança e outrora todas catalogadas como estado gripal, resfriados ou perturbações gastrointestinais.

Desses dois grupos citados, os mais bem estudados

são as echoviroses e as coxsackioses. No caso da echovirose, a denominação echo vem da combinação americana das palavras: E (entero, intestino); C (célula); H (humana) e O (órfão). Esta denominação surgiu quando o vírus foi isolado de uma célula do intestino pela primeira vez, e, no começo, não se sabia que doenças ele provocava; assim, a denominação de órfão era devida à ignorância da sua finalidade. Hoje sabemos que neste grupo já foram identificados trinta tipos. Um estado febril leve, com erupção que lembra o exantema do sarampo, está associado ao tipo 19; estados febris, com manifestações de inflamação do sistema nervoso, com sinais de meningite ou encefalite, poderão ocorrer com a contaminação pelos vírus 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 14 e 16. Os tipos 4, 9 e 16 aparecem em epidemias, porém os 2, 6 e 14 ocorrem de modo esporádico, casual, raro, acidental. Enterites, diarreias com vômitos poderão aparecer em caráter epidêmico, levando a criança facilmente à desidratação, sendo obrigatória a internação, provocada pelos vírus 14, 18 e 28. Entretanto, outros tipos, como o 8, 11, 12, 19, 20, 22, 23 e 24, aparecem de modo esporádico, raro, sem ser em epidemias.

No segundo grupo, a denominação é atribuída ao

nome da cidade em que foi descoberto o vírus, no estado de Nova Iorque, Coxsackie. Já existem 24 tipos conhecidos, que provocam doenças na infância. Entre eles estão a herpangina (ver link), quadros febris assemelhando-se à meningite, com vômitos, rigidez da nuca e dor de cabeça intensa, estados febris com dor muscular intensa, sobretudo no tórax, denominada pleurodinia, que é uma dor reumática nos músculos intercostais, inflamações do coração, miocardite, principalmente no recém-nascido, enfermidades do aparelho respiratório, inflamação da garganta, tosse irritativa constante, febre e inflamação dos olhos (conjuntivite), estados febris sem características orgânicas bem definidas, que se prolongam por dias e semanas e terminam pela cura. Unicamente o exame de sangue, o hemograma, é que deverá ser pedido de forma periódica, para se ir acompanhando a evolução da doença e fazer o prognóstico.

Recentemente foram descobertos vírus de grande importância nas causas da diarreia infantil: os rotavírus, assim chamados porque têm aspecto de roda, e o vírus *Norwalk*, este com dez tipos.

**Tratamento.** De modo geral, o tratamento contra as viroses varia muito com a evolução da doença;

entretanto, é aconselhável que o doente fique em repouso, tenha uma alimentação leve, mas rica em proteínas e vitaminas (carne cozida, grelhada e frutas), ingestão de líquidos, intestino livre, e use antitérmicos ou analgésicos. A injeção de gamaglobulina tem sido um recurso usado por muitos médicos; entretanto apresenta resultados discutíveis. O uso de antibióticos, principalmente de penicilina de grande espectro, é mais para tratar complicações bacterianas associadas do que realmente para o combate à virose.

A indústria farmacêutica dispõe atualmente de medicamentos antivirais que são empregados com razoáveis resultados: aciclovir (Zovirax), azidotimidina (AZT), ganciclovir (Cytovene), fascarnet (Foscavir), amantadine (Symmetrel), rimantadine (Flumadine) e outros. Estes medicamentos deverão ser prescritos pelo médico especialista, que deverá acompanhar sua aplicação, pois poderão causar graves reações colaterais.

# Capítulo 31

# Bebês-problema

# Bebês-problema

Alguns bebês apresentam condições que os afastam da normalidade. Até agora acompanhamos o bebê normal, o tipo padrão que toda mãe deseja ter como filho, o que, infe lizmente, nem sempre acontece. Às vezes os bebês apresentam alguns problemas, alguns sem maior importância, solucionados, na maioria das vezes, satisfatoriamente, pelo médico, com o auxílio dos pais. Em poucas eventualidades, porém, os problemas são de natureza mais grave, de solução mais demorada ou de resultados desanimadores. Neste capítulo estudaremos os seguintes:

**1)** Bebê alérgico (que vive resfriado ou apresentando erupções na pele)

**2)** Bebê diatésico (bebê chiador ou catarral)

**3)** Bebê exsudativo

**4)** Bebê atrasado (que demora a se levantar e

a se sentar)

**5)** Criança excepcional (sua mente não corresponde à idade que tem)

**6)** Bebê febril (sempre com um pouco de febre)

**7)** Bebê hidrolábil (que se desidrata com facilidade)

**8)** Bebê magro (hipotrófico, que não engorda)

**9)** Bebê miúdo (hipoplásico, que não cresce)

**10)** Bebê inapetente (que não come)

**11)** Bebê linfático (sujeito a ínguas)

**12)** Bebê nervoso (não dorme nem se aquieta)

**13)** Bebê prematuro (de parto prematuro ou com peso inferior a 2.500g)

**14)** Bebê pós-maturo (que teve mais de nove meses de gestação)

## BEBÊ ALÉRGICO

O bebê, ou uma criança maior alérgica, é sempre um problema para o pediatra e para a família. Existem muitas definições de alergia, mas podemos entender, de modo prático, que a alergia é uma modificação da capacidade de o organismo reagir a determinados fatores que podem ser inofensivos para outras pessoas. As substâncias estranhas que provocam reação alérgica são conhecidas como alérgenos.

Essas modificações podem ser reveladas clinicamente, por sintomas que variam desde manifestações na pele, como eczema, urticária, alterações do aparelho respiratório, como a asma, até manifestações clínicas mais diversas, como espirros, obstrução nasal, pigarros, rouquidão, aftas, colites, prisão de ventre, crises de indigestão, eructações (arrotos), enjoos, gosto estranho na boca, mau hálito, sensação de plenitude gástrica (afrontamento), perda de apetite, produção de gases intestinais, cólicas, dores de barriga, coceira anal (que se confunde às vezes com a presença de oxiúros), dores nas articulações e nas pernas, coceira nos olhos, manchas na visão, enxaqueca, dor de cabeça, coceira no corpo, vermelhidões repentinas na pele, olheiras profundas.

As partes e os órgãos do corpo humano mais propensos a apresentar reações alérgicas são pulmões,

nariz, olhos, pele, condutos auditivos, estômago e intestinos, apresentando asma, rinite, conjuntivite, eczema, urticária, sinusite, dor de barriga, enjoos, vômitos e diarreia. Fatores genéticos desempenham também importante papel. O caminho é o seguinte: eczema no bebê, asma na idade pré-escolar e rinite (espirros e coriza) na adolescência. O indivíduo alérgico terá muita probabilidade de ser alérgico durante toda a sua vida. A alergia pode ser controlada, mas não curada, reaparecendo se for provocada pela mínima transgressão.

Na infância, a poeira doméstica é o agente alérgeno mais comum, e como a criança passa três quartos do seu tempo em casa, ela adquire grande importância. Outros agentes alérgenos comuns para a criança são: pelos de gatos e de cachorros, penas de pássaros e galináceos, picadas de insetos e alguns alimentos, como chocolate, camarão, leite, trigo e frutas cítricas. Tensão, ansiedade, fadiga e exaustão (esgotamento físico e nervoso) tornam o indivíduo alérgico mais vulnerável. Mas como se evita a alergia? Melhor do que evitar é tratar a alergia. Como dissemos, a principal causa de alergia nas crianças é a poeira doméstica. Para evitar a inalação desta poeira a principal arma é a profilaxia ambiental, que consiste

em evitar o acúmulo de poeira no ambiente em que o bebê vive. Os cômodos deverão ser mantidos muito limpos, passando-se um pano úmido sobre os móveis para evitar o acúmulo de pó. Outras ações importantes são:

**a)** Aleitamento materno — as crianças em aleitamento têm menos manifestações alérgicas do que as alimentadas com leite artificial. Deve-se, do mesmo modo, evitar introduzir precocemente outros alimentos na dieta da criança que ainda mama ao peito.

**b)** Hábitos higiênicos — ar livre, janelas abertas, sem ventania, luz solar dentro de casa, banhos frios, prática da natação etc. Evite ou trate os casos de parasitoses intestinais com ciclo da larva pelos pulmões (áscaris, necator, estrongiloides).

**c)** Controle do ambiente.

**d)** Promover a dessensibilização, por meio de vacinas, por via oral ou subcutânea (esta forma é a mais eficaz). As vacinas antialérgicas contêm partículas de poeira doméstica, de mofo, e às vezes de insetos, conforme o caso.

**e)** Medicamentos profiláticos, sob a forma de xaropes, comprimidos ou por inalação (cetotifeno,

beclometasona, cromoglicato).

**f)** Orientação psicológica da criança e dos pais.

**g)** Nos casos de alergia provocada por alimentos, suspenda os alimentos considerados suspeitos, reintroduzindo-os posteriormente. Se o quadro alérgico melhorar com a suspensão desses alimentos, piorando com sua reintrodução, está estabelecido o diagnóstico, e eles então deverão ser suprimidos definitivamente da dieta. Os testes cutâneos para alimentos são destituídos de valor, como regra geral.

## Como deve ser o quarto da criança alérgica, "asmática"

**a)** A porta deverá permanecer fechada.

**b)** A janela poderá ficar aberta, mas em ocasião própria (evite a poeira vinda da rua).

**c)** Use cortinas compridas, laváveis, de tecido sintético ("black-out"), mas é preferível não tê-las.

**d)** Evite livros nas estantes; se elas tiverem portas, deverão estar fechadas.

**e)** Mantenha as cadeiras ou poltronas revestidas de lona ou plástico, evite veludo ou outros tecidos que

possam acumular pó.

**f)** O chão deverá ser encerado, sem tapetes, ou de borracha ou plástico; evite os tecidos de lã, pano ou qualquer tecido felpudo.

**g)** Nada de brinquedos do tipo animais de pelúcia, nem mantenha em cima de móveis ou de prateleiras talcos, perfumes e inseticidas.

**h)** Evite quadros pendurados nas paredes.

**i)** Os travesseiros de espuma criam mofo com facilidade, como também os de algodão e os de paina. O travesseiro deverá ser revestido de tecido plástico e fortemente costurado. No verão poderá ser colocada entre a fronha e o travesseiro uma pequena palhinha, para evitar o excesso de suor. Os colchões também deverão ser forrados.

**j)** As colchas deverão ser de tecido de algodão. As de tipo *chenille* não servem.

**k)** O ventilador deverá ser limpo diariamente.

**l)** Se houver aparelho de ar-condicionado, o filtro deverá ser limpo sistematicamente a cada quinze dias.

**m)** Não guarde nada debaixo da cama, se houver espaço.

**n)** Tire a criança do quarto durante a limpeza, nunca

varra mesmo que a criança não esteja em casa.

**o)** Não fume dentro de casa.

**p)** Animais devem ser evitados. Animais para criança alérgica são tartaruga e peixe.

**q)** As paredes deverão ser pintadas, lisas ou então de tecido lavável, sem relevos.

**r)** Cobertores, se houver necessidade, deverão ser envolvidos em plástico fortemente apertado e com zíper.

**s)** Passe pano úmido duas vezes ao dia; o aspirador de pó não deverá ser usado no quarto; se não quiser usar pano, poderá ser usado um tipo especial de vassoura, americana, do tipo com caixa de metal.

**t)** O abajur ou lustre não deverá ter enfeites, sendo de plástico ou vidro opaco.

**u)** Evite paredes e móveis úmidos e mofados; se tiver bolor em casa, espalhe nos lugares embolorados ácido fênico a 5% com bomba de inseticida nova, ou coloque uma bacia com sal, trocando-o toda vez que surgir água.

**v)** Não deixe plantas dentro de casa, principalmente as plantadas em xaxim.

**x)** Evite usar lamparina ou lampião a querosene.

Compre um lampião a gás, se for necessário.

**y)** Não use inseticidas, ceras, defumadores ou espirais em casa.

## Como tratar a criança alérgica (conselhos da Sociedade Brasileira de Pediatria)

**1)** Dê-lhe banhos diários com sabonete neutro, sem perfume (como o sabonete de glicerina). Enxugue-a e vista-a rapidamente.

**2)** Escove seus cabelos com movimentos para trás antes de ela se deitar; lave-os diariamente, procurando secá-los rápido.

**3)** Não use perfume, talco ou produtos de cheiro forte na criança.

**4)** Não a faça usar roupas de lã ou de tecido felpudo. Use roupas de acordo com o clima e evite agasalhá-la em excesso.

**5)** Não a deixe brincar com colas, tintas, gatos, cachorros e aves.

**6)** Deixe-a brincar, correr, pular à vontade ao ar livre e tomar sol.

**7)** Alimente-a no horário certo, de preferência

em companhia de outras crianças. Não a force a comer.

**8)** Se possível, a criança deverá praticar natação regularmente.

**9)** Ensine-a a fazer ginástica respiratória pelo menos duas vezes ao dia: enchendo os pulmões, devagar e sem esforço, e em seguida soprando vagarosamente até não ter mais ar dentro dos pulmões. Este exercício deverá ser feito durante cinco minutos. Use um canudinho de refresco mergulhado num copo com água ou uma bexiga de borracha ou língua de sogra.

## Atenção

A criança asmática deverá levar uma vida normal: não a prenda em casa, permita que ela brinque como desejar, inclusive com água, terra e areia (neste caso, se o médico permitir). Mesmo que ela esteja em crise (moderada) deverá ir à escola e brincar como brinca habitualmente. Observe se há coisas que lhe fazem mal, e diga ao médico durante a consulta.

## Conselhos para os pais

**1)** Não deixe que adultos fumem perto da criança, principalmente no seu quarto.

**2)** Dê à criança apenas os medicamentos que foram receitados pelo médico e nas doses que estão na receita. Evite usar, ao mesmo tempo, remédios de várias receitas dadas por médicos diferentes, pois poderão intoxicá-la.

**3)** Se a criança começar a ter crise, fique calma. Dê os medicamentos receitados pelo médico e, se ela não melhorar em pouco tempo, leve-a ao pronto-socorro mais próximo da sua casa. Não se esqueça também de levar a receita do remédio que a criança está tomando.

**4)** Não deixe que a criança vá para sua cama por causa da crise.

**5)** Não bata nem amedronte a criança. Quando ela quiser fazer algo errado, converse com ela.

**6)** Trate a criança sempre do mesmo modo, com atenção, normalidade e afeto, durante e após a crise de asma.

## BEBÊ DIATÉSICO (BEBÊ CHIADOR OU

## CATARRAL)

É o bebê que apresenta sintoma de exsudação respiratória (catarro), de difícil tratamento. Está sempre com tosse crônica, bastante produtiva (carregada de secreção), com chiado semelhante a um apito. Podem ser causas:

**a)** Alergia respiratória (bronquite asmática).

**b)** Adenoides ou amígdalas volumosas, infectadas, drenando secreção para a árvore respiratória, provocando tosse e catarro.

**c)** Sinusite crônica (o catarro flui para a parte posterior da garganta, a faringe, ainda na árvore respiratória, provocando os sintomas.

**d)** Refluxo gastroesofágico, onde o conteúdo do estômago reflui para o esôfago, principalmente durante a noite, causando aspiração e catarro.

**e)** Deficiência de IgA (imunoglobulina, ou seja, anticorpos) que protegem a mucosa respiratória das infecções.

**f)** Deficiências genéticas na produção de enzimas, como a deficiência de alfa-1-antitripsina. O tratamento da criança hipersecretora dependerá da causa. Quando houver sinusite, adenoidite ou

amigdalite crônicas, o tratamento consistirá em antibióticos ou cirurgia. O tratamento do refluxo gastroesofágico é feito com o uso de antiácidos, antieméticos (remédios para vômitos) e postura adequada. Nos casos mais resistentes, a cirurgia estará indicada.

Mesmo com toda pesquisa clínica, são relatados casos de crianças que não se enquadram em nenhum diagnóstico específico. Em geral estas crianças conservam um ótimo estado geral, apesar da hipersecreção.

## BEBÊ EXSUDATIVO

Há crianças que apresentam manifestações úmidas (exsudativas) da pele e das mucosas. Pode-se ter os seguintes diagnósticos:

**a) Dermatite atópica** — lesões descamativas e exsudativas em largas extensões de pele ou em pequenas áreas. São comuns lesões das dobras dos cotovelos. Nem sempre têm origem alérgica, embora seja esta a causa mais comum.

**b) Dermatite seborreica** — eczema do couro

cabeludo, da fronte, das sobrancelhas, dos condutos auditivos e das orelhas (principalmente atrás delas).

O tratamento consistirá em banhos com permanganato e aplicação de pomadas de cortisona. O uso de anti-histamínicos orais também é útil.

## BEBÊ ATRASADO

Às vezes algumas mães passam por momentos de tristeza e preocupação quando percebem que seu bebê não conseguiu sustentar a cabeça aos três meses, não conseguiu se sentar aos seis, não ficou em pé nem engatinhou aos nove, nem ensaiou os primeiros passos e balbuciou ao terminar o primeiro ano de vida. São bebês atrasados, ou melhor, com retardo da sua evolução motora, acompanhado, às vezes, de mais lento amadurecimento do sistema nervoso central. Possivelmente ele acabará por recuperar todas as condições normais de motilidade e de inteligência com maior ou menor atraso.

*Atrasado* significa que a criança precisa, apesar das condições normais, de um período mais longo para realizar as etapas do seu desenvolvimento. Ele fará

tudo, porém com atraso de meses, o que não se verifica no caso da criança excepcional, em que as possibilidades de atingir todas as faculdades motoras e mentais são problemáticas.

As causas que provocam atraso de movimentos nem sempre são perceptíveis. Uma gravidez acidentada, a ameaça de aborto, mães submetidas a dietas rigorosas, partos rápidos ou demorados demais, perturbações gastrointestinais nos dois primeiros meses de vida, dificuldade inicial de acertar o leite do bebê quando a mãe não pode amamentar são causas não tão bem definidas como as que se apresentam na criança excepcional. Assim, o bebê deverá ser submetido a um regime rico em vitaminas e sais minerais, banhos de sol e prevenção com as vacinas contra doenças.

## CRIANÇA EXCEPCIONAL

O bebê que tem dificuldade em desenvolver habilidades musculares, que não consegue sentar, andar ou treinar seus hábitos higiênicos, como aquele que tem dificuldade no que se refere à inteligência,

não realizando os testes correspondentes às diversas idades relatadas nos capítulos deste livro, é considerado um bebê excepcional. É excepcional porque necessita de cuidados e educação especiais — diferentes das normas habituais; precisa de auxílio e métodos diferentes para ser recuperado e educado.

O bebê excepcional pode se revelar nas mais diversas condições, com pernas e braços rígidos, sem flexibilidade, ou então moles demais, ambos impedindo o desenvolvimento motor, bem como os que não despertam a inteligência e não apresentam aquisições progressivas com o tempo.

As crianças excepcionais são catalogadas em várias condições clínicas.

As causas que podem levar uma criança a ser considerada excepcional são muitas, e os pais deverão sempre ser esclarecidos para que não se sintam culpados de terem gerado uma criança nestas condições. Neste capítulo, as causas são as mesmas das doenças que afetam o sistema nervoso central:

**a)** Anteriores à gravidez: distúrbios genéticos, hereditários.

**b)** Durante a gravidez: toxoplasmose, rubéola, sífilis.

**c)** Incompatibilidade do fator Rh, toxemia,

prematuridade.

**d)** Problemas de parto (demorado, asfíxico, de fórceps, cesáreo).

**e)** Pós-natal: infecções cerebrais (meningite, encefalite, abscessos) e coqueluche no primeiro ano de vida.

**f)** Algumas anomalias cranianas, como a hidrocefalia e a cranioestenose, cabeça achatada dos lados, pontuda para a frente e para trás, ou alta e estreita. Para isto, medicamentos compostos de ácido glutâmico, vitaminas do complexo B e outras substâncias admitidas como estimulantes do córtex cerebral e tônico do sistema nervoso central, embora de eficiência muito discutível, têm sido comumente usados.

## Retardo mental

O que caracteriza a criança excepcional é a sua dificuldade ou incapacidade de adaptação social independente. É um sintoma de alteração ou malformação cerebral durante a gravidez ou na infância.

A inteligência não é o resultado de simples

processo mental, mas se compõe de um grupo de diferentes aptidões, incluindo pensamento abstrato, memória visual e auditiva, raciocínio causal, expressão verbal, capacidade de usar as mãos e compreensão do espaço. Todas as particularidades poderão ser avaliadas por testes, para verificar se a idade mental corresponde à idade cronológica, com apresentação expressiva através do quociente de inteligência (QI).

Embora o QI seja uma medida sujeita a erros e limitações, tem finalidade prática útil.

As crianças com QI entre 50 e 75 são consideradas ligeiramente retardadas, sendo "educáveis". Podem chegar a aprender um ofício simples, que não exija muita abstração. Este grupo compreende 85% a 90% do total de retardados.

As crianças moderadamente retardadas têm QI entre 35 e 50. Podem ser "treinadas", aprendendo a se vestir, a comer, a fazer pequenas tarefas domésticas ou trabalhar em ambientes protegidos etc. Este grupo compreende 5% a 10% do total.

Crianças com QI abaixo de 35 são profundamente retardadas. Não são "treináveis" e dependem totalmente de outras pessoas. Compreendem cerca de 5% do total de retardados e geralmente têm problemas físicos graves.

## Autismo infantil

O bebê ou a criança revela-se extremamente fechado, voltado para si mesmo, autossuficiente, insiste em ficar sozinho, não se relacionando absolutamente com situações e pessoas. São automáticos; suas ações não têm finalidade, nem emoção, repetindo constantemente o mesmo ato. Os pais queixam-se de não conseguir que prestem atenção à sua presença ou às pessoas.

Segundo alguns autores, já aos seis meses poderão revelar os primeiros sintomas; quando levados ao colo, não se ajustam à posição da pessoa que os segura; atiram-se para fora, bruscamente, sem razão alguma, tanto ao colo dos pais como no de pessoas estranhas. Mais tarde, são extraordinariamente obsessivos, resistem com violência a qualquer modificação da rotina, roupas, alimentos, móveis e quarto.

## Esquizofrenia

É rara na infância; a criança apresenta-se fisicamente perfeita, porém o que mais a caracteriza é a absoluta falta de interesse para os fatos cotidianos;

não toma conhecimento da presença dos pais, dos irmãos, da comida ou dos brinquedos. O bebê fica horas indiferente ou ocupado com um único objeto ou brinquedo. Aceita qualquer interrupção, sem demonstrar emoção ou contrariedade, ou então torna-se, repentinamente e sem motivo, muito agressivo e zangado. A expressão da face é indiferente, aborrecida ou pensativa.

## Fenilcetonúria

É uma doença grave, com grande retardo mental, porém fácil de ser evitada quando o diagnóstico é feito a tempo. Mais frequente em crianças louras e de olhos azuis, é devida a um defeito congênito de uma enzima que toma parte na decomposição da fenilalanina, um aminoá-cido. A criança nasce perfeita, mas com os primeiros meses inicia um processo de deterioração cerebral com tendência à idiotia. Se o diagnóstico for feito antes dos dois meses, com um simples exame de triagem (teste do pezinho) e a prescrição imediata de dieta própria, será evitada a lesão cerebral. Este exame deverá ser feito, como rotina, entre o décimo o sexagésimo dias de vida. Os casos positivos deverão ser confirmados por

exame de sangue.

## Galactosemia

É outra doença metabólica. No caso, o defeito congênito é a ausência de uma enzima que toma parte da decomposição da galactose, um açúcar encontrado no leite materno e no de vaca. O acúmulo de galactose no organismo leva a retardo mental, icterícia, catarata etc. O diagnóstico deverá ser feito logo após o nascimento, por meio de exames de urina e às vezes de sangue. O tratamento consistirá em dieta sem lactose, que deverá ser mantida pelo resto da sua vida.

## Hipotireoidismo

Deve-se fazer um exame de sangue de todas as crianças, logo após o nascimento, visando ao diagnóstico precoce desta doença. Este exame, caso seja positivo, deverá ser confirmado mediante testes específicos, a serem feitos sob orientação do endocrinologista. A criança que não for tratada imediatamente sofrerá grande atraso no seu

desenvolvimento físico e principalmente mental, tornando-se retardada. Deste modo, confirmada a doença, a criança deverá receber imediatamente o medicamento (hormônio tireoidiano), que deverá ser tomado durante toda a vida.

Estas três doenças, a fenilcetonúria, a galactosemia e o hipotireoidismo, deverão ser pesquisadas em todos os recém-nascidos, mesmo que sejam aparentemente normais, pois o tratamento precoce e adequado evitará formas graves e irreversíveis de retardo mental.

## BEBÊ FEBRIL

É um desespero para as mães o bebê que apresenta constantemente temperatura acima do normal, sem motivo aparente. Em primeiro lugar, a elevação da temperatura corporal pode significar infecção, ou apenas uma hipertermia, que traduz elevação da temperatura do bebê quando tomada ao nível das axilas ou virilhas, não devendo passar de 37ºC, e, se retal, não devendo ultrapassar 38ºC. A temperatura interna é um grau mais elevada do que a temperatura

periférica. Não há dúvida de que é problema do pediatra, e não da família, a investigação da febre, sem causa aparente, num bebê com excelente estado geral. Esta hipótese de aconselhar a família a não usar o termômetro para não se preocupar não procede, porque o médico sempre, após investigação cuidadosa, descobre a causa.

De modo geral existe um tipo de doença infecciosa que pode ter evolução febril com razoável estado geral, pelo menos nos primeiros dias, como algumas viroses, tuberculose ganglionar, infecção intestinal por colibacilo, infecção urinária, amigdalites, para citar as mais frequentes. Existem, entretanto, inúmeras condições não infecciosas que podem provocar elevação da temperatura; tem-se observado na prática inúmeras delas, das quais vamos relatar as mais prováveis: consumo de leite em pó muito concentrado, excesso de açúcar ou farinha, intervalos pequenos entre as refeições, crianças emotivas, que nasceram de parto difícil, demorado ou que necessitaram de manobra de reanimação com permanência na incubadora por alguns dias, crianças com baixo peso ao nascimento ou prematuras, bebês de pais que transpiram pouco, cujos filhos também apresentam dificuldade em transpirar nos dias

quentes, pouca ventilação nos dias quentes (a falta de ventilação é mais prejudicial do que a temperatura elevada, porque impede a irradiação do calor produzido pelo organismo), bebês ou crianças com hipertireoidismo (funcionamento exagerado da tireoide), prisão de ventre crônica e excitação constante. Crianças que se agitam permanentemente também podem ter sua temperatura elevada.

Neste caso, deve-se deixá-las em repouso, na cama, por cerca de trinta minutos, e em seguida, ao medir novamente a temperatura, verificar se já está normalizada. Enfim, uma série de causas, muitas delas fáceis de ser removidas, para restabelecer a tranquilidade da família.

O bebê com temperatura elevada deverá, em alguns casos, ser submetido aos raios X, testes e exames de laboratório etc., porque a possibilidade de haver doença de maior gravidade, embora muito rara na infância, deverá ser definitivamente afastada. Por fim, para a criança que apresenta temperatura elevada, sempre haverá um problema e uma solução.

## BEBÊ HIDROLÁBIL

Existe um tipo de bebê, felizmente raro, que apresenta uma particularidade orgânica e congênita caracterizada pela facilidade de se desidratar quando sujeito às mais diferentes causas. No tópico sobre a Desidratação (ver link), estudamos este assunto com mais detalhes. No momento, queremos chamar a atenção sobre o bebê que apresenta vômitos e diarreia, perdendo grande quantidade de água, sem conseguir mantê-la no seu corpo. Qualquer resfriado, qualquer perturbação gastrointestinal, otites, bronquites, dias de calor excessivo são motivos que podem causar desidratação nestas crianças. A causa disso parece estar ligada a fatores familiares. É preciso fazer o teste de suor para mucoviscidose, doença que pode provocar esta mesma sintomatologia. A importância do socorro imediato é evidente, sendo às vezes necessário recorrer à aplicação intravenosa de soro hidratante.

**Tratamento.** Um tratamento específico não existe. Manter a criança bem alimentada, protegida contra infecções é sempre útil. A mãe, porém, não deverá ficar apavorada, mantendo seu filho afastado de tudo e de todos, protegendo-o excessivamente. A mãe prevenida sabe que, no decurso de qualquer infecção

febril ou distúrbio gastrointestinal, a primeira preocupação é dar, imediatamente, líquido a seu filho, soro, água, suco de maçã, além de incluir na dieta carnes magras, arroz, batata, chuchu e cenoura (tudo com uma pitada de sal). O soro caseiro poderá ser preparado da seguinte maneira: 1 litro de água, 1 colher (de café, cheia) de sal de cozinha, 1 colher (de café, rasa) de bicarbonato de sódio, 2 colheres (de sopa, cheias) de açúcar e gotas de limão a gosto. Estabeleça, imediatamente, contato com o pediatra, para que ele decida se a hidratação por via oral é suficiente ou se haverá necessidade de intervenção com administração endovenosa e outras medidas correlatas.

## BEBÊ MAGRO (BEBÊ HIPOTRÓFICO)

Entre as muitas preocupações que podem assaltar o jovem casal está a de o seu bebê não acompanhar a tabela de peso considerada normal. A mãe que leva ao colo, ou para passear no seu carrinho, um bebê magro sente-se profundamente humilhada em relação às suas amigas, principalmente por não ter

um bebê fácil de engordar e crescer. De fato, o bebê magro não apresenta a exuberância de um bebê normal; sua pele é flácida, mole, com turgor e panículo adiposo diminuídos, pernas e braços com musculatura diminuída, embora alguns possam apresentar-se bochechudos. Apresentam-se, entretanto, compridos e com todas as atividades absolutamente normais.

As causas que levam o bebê ao estado de hipotrofia são muitas, porém a mais comum é a alimentação deficiente. O bebê não se alimenta na quantidade suficiente, ou então, apesar de a alimentação ser correta em volume, não o é nas suas diluições, no caso do leite de vaca fresco, ou nas suas concentrações, no caso do leite em pó. A insuficiência da adição de farinha ou açúcar também pode contribuir. O maior problema está nos bebês que não aceitam as diluições e concentrações adequadas à sua idade, que respondem com vômitos e diarreia, tendo a subnutrição como consequência inevitável. Outro grande problema é o da criança alérgica; ela não aceita o leite de vaca, o leite em pó, o leite de soja, o leite materno ou o leite de cabra; é uma tortura para a mãe e para o pediatra alimentar o bebê. Existem casos em que a criança come o que deve, e na quantidade certa,

mas não se desenvolve, porque não assimila bem os alimentos. São bebês portadores de deficiências da secreção dos sucos digestivos. A possibilidade de parasitose precoce, sobretudo giárdia, ou mesmo de ancilóstomos e estrongiloides ou áscaris (lombrigas), deverá ser sempre considerada.

O bebê alérgico, sensível a processos respiratórios frequentes, que vive com amigdalites, coriza, tosse, febre etc., necessitando da administração de antibióticos e antitérmicos, atravessando, portanto, períodos de inapetência, acaba também com o seu peso diminuído. O bebê que tem facilidade em apresentar fezes dispépticas (líquidas, com muco e catarro), provocadas pelo mais leve motivo, como erupção dentária, excitação decorrente de visitas e passeios ou variações da temperatura ambiente, tem também a possibilidade de apresentar baixo peso.

A necessidade de levar o bebê, no primeiro ano de vida, todo mês ao médico, vigiando a curva do peso, altura e outros sinais de saúde, é a melhor maneira de se fazer a prevenção. Mantê-lo dentro da disciplina dos horários, das dietas prescritas e evitar visitas são medidas úteis.

Hoje, com as noções de puericultura mais acessíveis, as mães já sabem acompanhar o

desenvolvimento de seus filhos, percebendo as mínimas alterações e recorrendo logo ao médico, evitando, assim, que seus bebês permaneçam magros, subnutridos, até atingirem graus máximos de miséria orgânica, o que, infelizmente, ainda acontece em sociedades menos favorecidas da fortuna e do saber. Então assistimos à grande catástrofe da criança reduzida a condições precárias e miseráveis, toda em pele e osso, adquirindo a sua fisionomia o aspecto de macaco, ou então de velhinho.

De modo geral, as causas responsáveis pelo mau desenvolvimento do bebê são:

**a)** Fatores hereditários — doenças com alterações genéticas bem definidas.

**b)** Influências durante a gravidez, da sexta à décima quinta semana de gravidez (de um mês e meio até três meses) no primeiro trimestre.

**c)** Influências no feto nos últimos três meses de gravidez, no terceiro trimestre.

**d)** Tocotraumatismo (problemas por ocasião do parto).

**e)** Doenças na infância (como viroses, coqueluche e diarreia crônica).

**f)** Infecções respiratórias de repetição.

**g)** Deficiência de estímulos emocionais e sociais. O bebê precisa da companhia de seus pais, principalmente da mãe, em quantidade e qualidade. Isto é, ficando em sua companhia, como também brincando com ele, tornando seu tempo alegre, agradável, e não sendo indiferente à presença do bebê.

**h)** Uso frequente de anti-histamínicos, que poderão ser administrados "até" causar sonolência, podendo causar falta de apetite, náuseas, prisão de ventre ou diarreia.

**i)** Uso de descongestionantes nasais, em gotas ou por via oral, aplicados constantemente.

**j)** Uso de broncodilatadores, de modo mais ou menos contínuo, por via oral, por injeção intramuscular, por inalação ou na forma de supositórios.

**k)** Uso de hormônios à base de cortisona (glicocorticoide) por via oral, injetáveis ou por inalação.

**l)** Sendo o bebê inapetente rebelde a tudo, especialmente às proteínas do leite, a seus derivados e à carne.

**m)** Alergia grave, asma ou alergia do aparelho

digestivo, dificultando a assimilação dos alimentos.

**n)** Alergia a leite de vaca e/ou leite de soja.

**Tratamento.** Dependerá da identificação da causa responsável pela diminuição de peso. Em primeiro lugar, deverá ser sempre investigado o regime alimentar; no caso de ser deficiente em quantidade ou diluição, bastará corrigi-lo. Em alguns casos há necessidade do recurso de improvisar uma solução alimentar, estabelecendo um horário, a cada três, quatro, cinco ou seis horas, com cinco, quatro ou três refeições diárias. Varie o tipo de leite ou a concentração do leite e açúcar, adicionando produtos que modifiquem o sabor. Um exame de fezes, para pesquisar a presença de protozoários (ameba ou giárdia) ou verminoses (áscaris, estrongiloides, necator), bem como a investigação de bactérias patogênicas (*coli*, *shigela*), que possam causar enterite ou colite crônica, é de máxima importância. A alergia do aparelho digestivo a alguns alimentos, sobretudo ao trigo, às proteínas do leite e ao ácido ascórbico das frutas cítricas deverá ser pesquisada. A administração dos chamados fermentos intestinais, que auxiliam a digestão e assimilação dos alimentos, de calmantes do sistema neurovegetativo (no caso de evacuações

frequentes), alguns medicamentos compostos de pectina, tanino e cálcio poderão ajudar. A administração de antibióticos e sulfas é perigosa, devendo ser prescritos exclusivamente pelo pediatra.

## BEBÊ MIÚDO (BEBÊ HIPOPLÁSICO)

É uma anomalia curiosa. O que caracteriza este estado é a exiguidade das dimensões do bebê. O bebê apresenta peso e estatura abaixo do normal e, no entanto, não é magro, sua pele é rosada, com panículo adiposo e turgor normais, ele dorme bem, tem bom humor, possuindo, enfim, todas as outras características de saúde.

É chamado de "bebê em miniatura", pequeno e perfeito. É o bebê visto pela extremidade maior (lentes) do binóculo, com suas dimensões diminuídas, porém harmoniosas.

O que caracteriza o bebê hipoplásico não é realmente seu peso, mas sua estatura; geralmente, ele nasce com menos de 48cm, mas apresenta-se gordinho, rosado e alegre. O hipoplásico, miú-do, lucra em peso, apesar de adquiri-lo mais

morosamente, conservando-se sempre pequeno, mas com todos os sinais de saúde presentes e perfeitos.

Sua inteligência apresenta-se sempre normal e há até uma tendência para certa precocidade, desde que não tenha havido, naturalmente, problemas no parto. Este bebê deve ser criado como qualquer outro, absolutamente normal. A causa está geralmente ligada à hereditariedade, isto é, filho de pais de pouca estatura ou às vezes produto de um casamento consanguíneo.

Crianças que tiveram desenvolvimento insuficiente ainda no útero ("desnutridos intrauterinos" ou "pequenos em relação à idade gestacional") tendem a permanecer pequenas pelo resto da vida. Quanto ao tratamento, o uso de hormônios de crescimento (GH) poderá aumentar seu peso e estatura rapidamente, mas estas crianças, assim, param de crescer antes do tempo normal, de modo que a altura final ficará prejudicada, menor do que se não recebesse o hormônio. Estes hormônios também promovem a virilização, isto é, aumentam o peso e o volume dos órgãos genitais, e isto constituirá um problema, principalmente no caso das meninas. Quando a deficiência de desenvolvimento deve-se à deficiência de hormônio do crescimento (GH) — o

que só poderá ser determinado pelo endocrinologista, depois de serem feitos exames laboratoriais específicos —, seu uso oferece um resultado muito bom. Este hormônio só existe em quantidade muito reduzida atualmente, mas há perspectiva de que sua terapêutica se torne mais acessível.

Como regra geral, é importante manter a criança numa dieta rica em proteínas e vitaminas, resguardada contra infecções mais graves pela aplicação das vacinas e com educação sadia. Os esportes, como a natação e o uso da bicicleta, serão importantes.

## BEBÊ INAPETENTE

Depois da febre, nada entristece mais os pais, os avós, a família inteira do que a falta de apetite do bebê. Todos ficam transtornados; daí em diante, a alegria, a felicidade da família dependerá do apetite do bebê. O marido chega a telefonar do trabalho, interrompendo suas funções, para perguntar à esposa se o bebê aceitou a mamadeira das três horas da tarde ou outra qualquer; por sua vez, a mãe, depois de ele rejeitar a

refeição, telefona desesperadamente para a avó da criança, ou interrompe o trabalho do marido, para dizer que o bebê não quis comer. Entretanto, o bebê é o único que se mantém feliz e absolutamente ignorante de ser o motivo desta tragédia doméstica.

A situação não é tão grave como pode parecer. Na maioria das vezes o bebê, apesar de inapetente, consegue crescer e engordar, apresentando excelente estado geral. O fato de ele apresentar peso e altura um pouco abaixo da média não o impedirá de se desenvolver em condições perfeitamente normais. Por conseguinte, o primeiro ato terapêutico reside no restabelecimento da tranquilidade e do equilíbrio emocional dos pais.

Em vários capítulos deste livro nós nos ocupamos com este assunto. Porém, agora, insistiremos nos pontos fundamentais:

**1)** Algumas crianças se desenvolvem muito bem se alimentando com uma quantidade de alimento relativamente pequena; outras aceitam somente três refeições por dia, com intervalo a cada cinco ou seis horas; algumas não gostam de leite, mas aceitam bem seus derivados (doce de leite, creme de leite, queijo, iogurte, sorvete de creme, requeijão) puros ou acompanhados de marmelada, compota de frutas,

geleias e gelatinas; outras apresentam períodos de inapetência, intercalados por períodos de apetite razoável ou excelente. Algumas mães pensam que o bebê deve ingerir um volume de alimento superior à sua idade, ou mesmo à sua capacidade.

Na dificuldade de a criança aceitar o leite de vaca, estará indicado o leite de soja contendo cálcio e fósforo.

**2)** O modo como a criança recebe o alimento, seu aspecto, sua cor, sua temperatura, fatores ambientais, um lar barulhento ou desorganizado, os passeios, as visitas, os aniversários influenciam muito o apetite.

**3)** Crianças alérgicas ou nervosas não deverão ser submetidas à ingestão de alimentos que detestam.

**4)** A possibilidade de o bebê estar realmente doente, febril, anêmico, com inflamações da boca e da garganta, sobretudo na forma crônica, deverá ser verificada.

O uso de estimulantes do apetite está contraindicado. Devem-se observar as preferências do bebê, oferecendo-lhe alimentos que ele goste, sem forçar aqueles de que parece não gostar muito.

Finalizando, é muito mais fácil evitar a inapetência do que resolvê-la, e não desanime, haverá sempre

uma solução!

## BEBÊ LINFÁTICO

Outro tipo de bebê é o denominado linfático, termo muito antigo e igualmente usado pelos leigos nas mais diferentes ocasiões. Alguns médicos impugnam sua existência, e outros a aceitam. Mas não resta dúvida de que há bebês com características particulares, que podem ser catalogados como linfáticos. São crianças suaves, de aspecto angelical.

A maior característica deste tipo é a extrema tendência do organismo ao infarto ganglionar; pelo menor motivo, os gânglios aumentam de volume e são observados caroços no pescoço (ínguas). As amígdalas apresentam-se geralmente hipertrofiadas. As papilas da língua (em forma de "V" quando a criança põe a língua para fora), mostram-se também aumentadas. Além das amígdalas, as adenoides ("carne no nariz") estão igualmente aumentadas, fazendo com que as crianças ronquem, devido à diminuição do espaço por onde transita o ar inspirado. Os gânglios da região inguinal (virilhas)

são facilmente palpáveis, sem estar doloridos. Em geral a pele apresenta palidez acentuada, sem entretanto a criança estar anêmica; por isso os lábios são bem corados e o tom da pele é levemente azulado; outra particularidade é a facilidade dos movimentos dos membros, sem haver resistência. São fleumáticos, um pouco indiferentes, não apresentando vivacidade. Os cílios são sedosos e longos; o olhar, de expressão tristonha. Logo que se resfriam, os gânglios cervicais ingurgitam-se e custam a voltar ao seu tamanho normal. São sujeitos a elevações de temperatura e custa-lhes, em alguns casos, ver-se livres de febre, assustando os pais.

Como tratá-los? Estas crianças deverão ser cuidadas como as demais, evitando-se, sobretudo, a superproteção. Deverão ser evitados os tratamentos desnecessários. O melhor meio de criá-las é proporcionando-lhes vida ao ar livre, levá-las à praia, expô-las a banhos de sol, exercícios físicos etc.

## BEBÊ NERVOSO

De todas as anomalias, talvez a mais frequente seja a

do bebê nervoso, neuropata, cujo desenvolvimento constitui sempre um problema para os pais e o pediatra. Nela há uma predisposição a manifestações nervosas e motoras mais acentuadas do que o normal. O ambiente psíquico familiar, o quarto, a casa, o bairro em que mora a criança, o número de pessoas da casa e as que a frequentam, todos esses detalhes têm extraordinária influência no agravamento dos sintomas. Possui algumas características, desde tenra idade, que requerem suspeita precoce. É uma criança que geralmente tem braços e pernas afilados em relação ao tronco, crânio relativamente grande, cabelos secos e finos, testa larga, com a fronte enrugada, olhos muito abertos; grita e se movimenta constantemente, virando a cabeça de um lado para outro, permanecendo assim por muito tempo. Um sinal interessante, observado nos casos mais graves, é o chamado "topete nervoso", ou "crista de galo", localizado na parte posterior da cabeça, volumoso, com os cabelos eriçados, em contraste com a escassez em volta.

Devido à sua constituição, este bebê possui hiperexcitabilidade e fatigabilidade acentuada. Estímulos externos, que em crianças normais nada provocariam, nele são o suficiente para causar reações

intensas. É muito sensível aos estímulos que atuam sobre os órgãos dos sentidos, sobretudo olhos e ouvidos. Luz forte, ruídos intensos, alterações bruscas do modo de vida, mudança de quarto, muitas visitas, viagens, substituição de babás podem causar reações imediatas. E, assim, ele vomita, tem diarreias aparentemente inexplicáveis, regurgitações, choro intenso e persistente, perdas bruscas e periódicas de apetite, modificações do ritmo do sono (dorme de dia e fica acordado à noite), perde o sono sem motivo, muda de posição no berço constantemente, enfim, uma série de alterações perfeitamente explicáveis, se forem consideradas a sensibilidade exagerada e a falta de harmonia de seus nervos.

Logo ao nascer, manifesta-se o nervosismo, pois não quer pegar o bico do peito de maneira alguma. Chora, grita e somente após algum trabalho e paciência é possível fazê-lo aceitar o peito. Com alimentação artificial continua a mesma coisa, pois quer brincar com o bico da mamadeira, regurgita, vomita, sem sofrer de qualquer distúrbio nutricional. Quando lhe são oferecidas sopas de legumes e mingau, a tragédia aumenta. Tudo que modificar o paladar e a forma de alimento que ele estava acostumado a ingerir é o suficiente para acarretar

reações fortes, exteriorizações pela repulsa ao novo alimento. Às vezes parece que aceita o alimento, para, em seguida, devolvê-lo pelos cantos da boca. Todos estes sintomas se agravam durante a erupção dentária.

Onze fatores permitem fazer o diagnóstico:

**1)** A natureza inquieta dos pais e avós.

**2)** Criança mais comprida do que gorda.

**3)** Sensível à audição, à visão, ao odor e ao paladar.

**4)** Inquietação ao mamar.

**5)** Tendência a vômitos ou regurgitação.

**6)** Variação no volume das refeições (a tendência é ele se alimentar frequentemente, mas não comer direito).

**7)** Tendência a fezes dispépticas (diarreicas).

**8)** Tendência às cólicas.

**9)** É manhoso e chora por qualquer motivo.

**10)** Tendência à precocidade da inteligência e à agilidade motora.

**11)** Os bebês apresentam pés e mãos frias e barriga quente.

Como tratá-lo? Em primeiro lugar, os pais é que deveriam procurar se tratar, diminuindo sua neurose, permitindo um ambiente próprio à criação do filho.

Deve-se manter sempre a mesma rotina, num quarto silencioso, em penumbra e tranquilo. É importante que a criança seja levada ao médico, a fim de que este verifique a existência ou não de alguma doença. Na fase aguda, poderão ser receitados sedativos, conforme a idade, dissolvidos em 1 colher (de chá) de água. Para crianças maiores, o uso de diazepínicos, sob prescrição médica, está indicado. Quanto à alimentação, a fase mais trabalhosa é a dos seis meses aos dois anos. Há duas hipóteses de conduta: com energia e com astúcia. Para algumas crianças, seja firme; se recusarem o alimento, deixe-as mesmo sem ele, para que sintam fome, a fim de vencer sua resistência, gravando no seu subconsciente esta impressão. Para outras, seja astuto, conversando com ela, distraindo-a ou procurando sempre um tipo de tempero que a agrade mais (caldo de limão, tomate, cebola, sal, açúcar, baunilha). Em alguns casos, o que dá excelentes resultados é desambientar a criança (acima de dezoito meses) mandando-a para a casa de parentes, principalmente que tenham crianças que se alimentem bem. Logo no começo ela sentirá a diferença, mas dentro de três ou quatro dias a modificação será completa.

# BEBÊ PREMATURO

O conceito de prematuridade tem variado com o tempo, com a região e com o país. Recentemente sua definição foi padronizada de forma universal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituando como bebê prematuro ou pré-termo aquele nascido antes de 37 semanas de gravidez, como bebê a termo (ou de "nove meses") o nascido entre 37 e 42 semanas de gravidez e o bebê pós-termo ou pós-maturo, nascido após 42 semanas de gravidez. Deve ser ressaltado ainda que o método mais confiável para se determinar o tempo da gravidez é a data correta da última menstruação, principalmente quando a mulher tem certeza.

Além disto, definiu-se também a prematuridade extrema englobando os bebês que nascem antes de 28 semanas de gravidez, tendo em vista que o avanço técnico dos cuidados neonatais tem permitido a sobrevivência de bebês cada vez menores e muito prematuros.

Em relação ao peso ao nascimento, define-se o bebê com menos de 2.500g como de baixo peso e aqueles que nascem com peso inferior a 1.500g são chamados de recém-nascidos de muito baixo peso ao

nascimento.

O recém-nascido com baixo peso pode ser pré-termo, a termo ou pós-termo. Os bebês que nascem entre 37 e 42 semanas e com peso entre 2.500g e 3.700g são considerados adequados para a idade gestacional (AIG). Já aqueles que nascem com peso inferior ao esperado para a idade gestacional são ditos pequenos para a idade gestacional (PIG), e finalmente os bebês grandes, com peso acima de 3.700g, são considerados grandes para a idade gestacional (GIG).

Existem ainda situações em que os bebês sofrem retardo de crescimento intrauterino (chamado RCIU), principalmente devido a doenças maternas, como hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, diabetes ou por disfunções placentárias sem causa definida. Este retardo de crescimento fetal, dependendo da sua gravidade, pode ou não ocasionar um bebê desnutrido e/ou pequeno para a idade gestacional (PIG).

## Por que os bebês nascem prematuros?

As causas mais importantes que levam ao término antecipado da gravidez e ao nascimento de bebês

prematuros são: a rotura prematura da bolsa amniótica (causa mais comum); incompetência do colo uterino; infecções intrauterinas, doenças que levam ao sofrimento fetal agudo ou crônico, obrigando a interrupção da gravidez (hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, diabetes melito ou gestacional, insuficiência placentária, cardiopatias etc.); eventos agudos, como o descolamento prematuro da placenta e hemorragias causadas por placenta prévia; doenças na gravidez que levam a mãe a correr risco de vida, como a eclâmpsia; doenças crônicas (como a tuberculose, a sífilis etc.); gestações múltiplas (gemelaridade, trigemelaridade etc.); fertilização *in vitro*; malformações fetais etc.

Já as causas para o nascimento de bebês com baixo peso incluem, além das doenças que levam à disfunção da placenta, as infecções congênitas (adquiridas durante a gravidez e transmitidas para o feto através da placenta), como as causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, infecção pelo HIV etc. O tabagismo, o alcoolismo, o uso de drogas (como a cocaína) e doenças crônicas que levam à desnutrição materna, como a tuberculose, o câncer etc., também podem ser consideradas.

## Conhecendo o bebê prematuro

Os bebês prematuros possuem características especiais, que incluem pele fina e lisa, às vezes de aspecto gelatinoso, pés lisos ou com poucas marcas, orelhas lisas e sem cartilagem, dobrando-se com facilidade, olhos salientes, pelos finos no dorso, nos ombros e nos braços (lanugem), mamilos pouco definidos, braços e pernas bastante flexíveis, nos meninos bolsa escrotal sem testículos, nas meninas os grandes lábios são pouco proeminentes, há a presença de *vernix caseosa* abundante (secreção viscosa e esbranquiçada produzida no útero para proteger a pele e evitar perda de calor), a cabeça pode ser desproporcional ao tamanho do corpo, o choro pode ser fraco, a sucção débil e a respiração rápida e predominantemente abdominal. Seu comprimento é inferior a 47cm e a circunferência da cabeça é menor que 33cm, variando conforme a idade da gravidez.

## Quais são as possibilidades de o bebê prematuro sobreviver?

O avanço da medicina, o uso de novas drogas e tecnologias cada vez mais modernas e específicas têm

possibilitado na área neonatal resultados excepcionais, salvando bebês cada vez mais prematuros, principalmente nos últimos dez anos. A mortalidade de bebês prematuros caiu vertiginosamente nos últimos anos e a preocupação atual não é mais apenas a sobrevivência, e sim a qualidade de vida que estes pequenos bebês terão após permanecerem dois a três meses internados em UTIs neonatais, recuperando-se dos problemas relacionados à prematuridade, além do ganho de peso, fato muito esperado e que gera ansiedade nos pais.

O principal marco que melhorou muito a sobrevivência dos prematuros, além dos cuidados gerais de suporte, foi o uso de uma substância que faz o pulmão amadurecer logo após o nascimento, o que no decorrer da gravidez leva semanas para acontecer. Esta substância chama-se *surfactante pulmonar*, e nos últimos anos tem tratado milhares de bebês que sofrem com a imaturidade pulmonar ao nascer, a principal causa de morte de prematuros.

Como consequência, as chances de sobrevida dos bebês pré-termo tem aumentado muito. Nos países do Primeiro Mundo, como os Estados Unidos, atualmente sobrevivem bebês com 300g a 400g ao nascer, fato que também já acontece no Brasil. Nos

melhores centros de terapia intensiva neonatal no Brasil, a possibilidade de sobrevivência, de acordo com o peso ao nascimento, é a seguinte:

- **2.000g a 2.500g** (98% de sobrevida)
- **1.500g a 2.000g** (90% de sobrevida)
- **1.000g a 1.500g** (85% de sobrevida)
- **750g a 1.000g** (75% de sobrevida)
- **500g a 750g** (50% de sobrevida)
- **Menos de 500g** (menos de 30% de sobrevida)

Hoje em dia, já se definiu nova faixa de peso para os prematuros de muito baixo peso — os micropremáturos (com menos de 750g, ao nascimento)

# O prematuro no hospital

As chances de sobrevida dependerão não somente das condições ao nascimento e do tempo gestacional, mas também da assistência médica que ele receber. No caso da mulher que terá bebê prematuro, é de suma importância a escolha do local adequado, principalmente que disponha de UTI neonatal, e a presença obrigatória de um neonatologista e de equipamentos adequados na sala de parto, para que todo cuidado seja fornecido assim que o bebê nasça. No caso de um bebê prematuro ao extremo, a presença de mais de um neonatologista é importante para garantir assistência adequada. Ao nascimento, além de secá-lo bem e aspirar as secreções, é fundamental manter sua boa oxigenação, até que ele seja levado à UTI neonatal. Nos bebês com menos de 1kg, já há protocolos internacionais que recomendam a aplicação de surfactante pulmonar na sala de parto, dentro da primeira hora de vida, para diminuir as complicações da imaturidade pulmonar.

Atualmente os bebês prematuros que necessitam de tratamento especial e que deverão ser encaminhados à UTI neonatal são aqueles com peso inferior a 1.800g e todos que evoluam com sinais de

imaturidade pulmonar e necessidade de oxigenoterapia. A manutenção da temperatura corporal do bebê prematuro é de suma importância, para evitar complicações nas suas primeiras horas de vida, e por isso o uso de uma incubadora é fundamental. A principal complicação, que muitas vezes pode ser catastrófica em termos de prognóstico e sequelas, é a hemorragia intracraniana, que, quando vultuosa, pode comprometer o desenvolvimento neurológico do bebê.

## "MÃE CANGURU"

Toda nova iniciativa é despertada pelas circunstâncias. Em 1979, Edgar Sanabria, pediatra colombiano, do Instituto Materno-Infantil de Bogotá, não tendo uma incubadora disponível, teve de encontrar uma solução para que um bebê prematuro de 680g sobrevivesse. Lembrou-se das cangurus fêmeas que completam a gestação dos seus filhotes numa bolsa no abdome, que contém não só os mamilos, como o calor indispensável ao prematuro. O Dr. Sanabria colocou o prematuro entre os seios maternos, diretamente em contato com a pele da mãe, e através dos tubos de oxigênio, de

alimentação artificial e de medicamento, deu as condições essenciais de sobrevivência ao recém-nascido.

A surpresa foi que o bebê se desenvolveu bem, e rapidamente, e aos 75 dias de vida já atingia dois quilos e saía do hospital. Analisando a experiência bem-sucedida do Dr. Sanabria, alguns neonatologistas começaram a estudar a mesma alternativa em regiões de poucos recursos, e em casos excepcionais socorreram prematuros sem incubadoras.

A experiência denominada "Mãe Canguru" despertou o interesse da pesquisa científica como uma solução para o problema dos prematuros sem maiores recursos. No Brasil, o Ministério da Saúde criou um projeto de apoio ao método "Mãe Canguru" com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), diminuindo as despesas da entidade. Diversas maternidades que dispõem de pediatras neonatologistas, cuja presença é necessária, já estão usando o método.

Entretanto, em vários países sem condições de garantir assistência satisfatória (Unidade de Tratamento Intensivo — UTI), as maternidades só colocam o bebê junto aos seios da mãe se ele já

consegue respirar sozinho, alimentando-se por sonda ou pela boca e se pesar, no mínimo, 1.200g. E só receberá alta quando atingir de 1.800g a 2.000g.

Nas maternidades com melhores recursos técnicos e com monitoração, ou seja, com manutenção e avaliação do prematuro por aparelhos, este método pode ser utilizado, dependendo de avaliação do neonatologista.

O importante é que tem sido observado que os bebês prematuros que permanecem com a mãe apresentam menos alterações dos batimentos cardíacos e melhores níveis de oxigenação do sangue. O calor e o pulsar do coração da mãe dão-lhe segurança, facilitando a respiração, um constante desafio para o recém-nascido antes do tempo.

No sossego do colo, os bebês prematuros ganham mais peso por dia do que os mantidos numa incubadora. Isto faz com que o período de internação hospitalar leve a metade do tempo habitual.

Esta informação veio confirmar o que observou o Dr. Harry Bakwin, professor da Universidade de Nova York, quando num congresso internacional de Pediatria, em 1965, em Tóquio, no Japão, afirmou que o isolamento prolongado do prematuro na incubadora, o silêncio e a falta de contato humano

prejudicam seu desenvolvimento físico e emocional.

Certamente a escuta dos batimentos do coração da mãe, as vozes, os ruídos e o manejamento posterior são estímulos indiscutíveis para o desenvolvimento do bebê prematuro.

O recurso da "mãe canguru" é mais um ato de amor que ela faz pelo seu bebê. O sucesso do método "mãe canguru" levou à criação do "pai canguru" com os mesmos objetivos e resultados, incentivando a participação do pai no cuidado do bebê prematuro. Este método já vem sendo praticado em algumas maternidades públicas e privadas do país.

## Cuidados com o prematuro:

**1) Incubadora.** O bebê prematuro com menos de 33 semanas e aquele com peso inferior a 1.800g geralmente necessitam de aquecimento em incubadora, já que não apresenta controle térmico amadurecido e a quantidade de gordura subcutânea também é escassa. A temperatura corporal ideal para o bebê é entre 36ºC e 37ºC, para que ele mantenha suas funções vitais e não perca peso além do esperado. Hoje não há necessidade de se colocar

nenhuma outra fonte de calor no interior da incubadora (bolsas de água quente, lâmpadas etc.), não só pelo risco de queimaduras de pele, mas principalmente porque as incubadoras modernas fornecem o calor necessário e mantêm a temperatura adequada quando manipuladas por pessoas experientes. A higiene ou o banho do bebê poderão ser feitos no interior da incubadora (ou fora dela, se for rápido), com água morna e sabonete neutro, evitando-se que ele permaneça muito tempo fora dela.

Atualmente o bebê prematuro extremo é colocado em incubadora de dupla parede de última geração, que permite manter elevada a umidificação (80% a 90%) evitando perda de água pela transpiração da pele, mantendo-a íntegra e evitando lesões, prevenindo assim a perda de peso excessiva e a desidratação do bebê.

**2) Icterícia e fototerapia.** O prematuro é mais sujeito a se tornar ictérico (amarelo), não só pela imaturidade do seu fígado e dos rins, mas também pelo jejum mais prolongado e pelo trânsito intestinal mais lento. Nos casos indicados, a medição dos níveis de bilirrubina no sangue indicará a necessidade de

fototerapia para o tratamento, o que atualmente é feito por meio de aparelhos modernos e potentes (*Bilispot*, com fototerapia halógena, e *bilitron* — fototerapia azul). Com esta tecnologia dificilmente é necessária a troca de sangue para o tratamento da icterícia, como ocorria no passado.

**3) Infecção e antibioticoterapia.** O bebê prematuro é considerado imunodeprimido por natureza. Além da imaturidade imunológica, muitos bebês pré-termos estão sujeitos ainda à infecção logo ao nascimento, pois a ruptura prematura da bolsa amniótica, as infecções urinárias e a incompetência do colo uterino já são fatores que facilitam o desenvolvimento de bactérias. Nestas situações específicas, se houver suspeita de infecção, deverão ser solicitados diversos exames, e, se confirmada, iniciar o tratamento com antibióticos.

Outro aspecto importante é que a internação em qualquer UTI neonatal também poderá predispor ao surgimento de infecções nos bebês pré-termos, não só pelo tipo de tratamento realizado, mas também por causa de bactérias mais resistentes aos antibióticos que existem no ambiente hospitalar, por mais que todos os cuidados de prevenção sejam tomados.

## O prematuro em casa

Uma medida fundamental para se evitar a infecção nos bebês prematuros é a limpeza das mãos dos profissionais que cuidam do bebê e também dos pais antes e após qualquer contato com ele.

Os quadros de infecção nos prematuros são bastante diferentes dos bebês a termo, de crianças maiores e adultos. Normalmente estes bebês não apresentam febre, mas hipotermia, podendo-se observar ainda hipoatividade, respiração irregular, alteração da cor da pele, sangramentos, intolerância à alimentação, entre outros sinais.

## Quando o bebê prematuro poderá receber alta?

Os critérios para a alta hospitalar de bebês prematuros após a permanência num centro de terapia intensiva neonatal incluem o peso adequado (acima de 2.000g), a sucção plena e eficaz no peito materno e/ou na mamadeira e principalmente a segurança e a tranquilidade dos pais em levar seu filho para casa após vários dias ou semanas sob cuidados especiais. Os pais deverão estar conscientes

das necessidades do bebê e treinados para alguns cuidados, como banho, higiene, troca de fraldas, medicações, vacinas etc. Bebês prematuros com menos de 1.500g de peso ao nascer deverão receber cinco doses de imunoglobina antiviral Palivizumab (Synagis), sendo a primeira dose antes da alta da UTI neonatal e as demais durante os meses de inverno, além de uma dose mensal intramuscular para prevenir a infecção pelo vírus sincicial respiratório (RSV), causador de pneumonia grave viral, reinternação e morte, principalmente no inverno. O acompanhamento pediátrico após a alta deverá ser mais frequente (quinzenal ou semanal, se necessário) e a necessidade de tratamento fisioterápico, oftalmológico, neurológico etc. deverá ser sempre orientada por pediatra capacitado para este seguimento através da realização de exames clínicos especiais (Teste de Dubowitz, Teste de Baylen etc.) e detecção de problemas neurológicos e musculares que dependem de intervenção de especialistas.

**4) A alimentação do prematuro.** Segundo a experiência do neonatologista Dr. João Henrique Leme (Rio de Janeiro) não há um esquema clássico, tudo depende das condições do nascimento de cada

prematuro. Vários cuidados são importantes quanto à alimentação do bebê pré-termo. Inicialmente deve-se saber que todo bebê deverá começar a ser alimentado tão logo seja possível, para possibilitar sua recuperação mais rápida, seu ganho de peso e fortalecer sua imunidade, prevenindo infecções.

O recém-nascido pré-termo inicialmente com doença pulmonar grave, o que sofreu asfixia perinatal e aquele que apresentou sofrimento intraútero importante não deverão ser alimentados por via oral nos primeiros três a cinco dias, devendo receber alimentação venosa (nutrição parenteral total) até que a dieta oral forneça a quantidade de calorias suficientes, o que deverá ocorrer de sete a quatorze dias de vida, dependendo do caso. Esta conduta visa a evitar o surgimento de uma doença intestinal chamada enterocolite necrotizante, mais comum no prematuro e que pode levar a complicações graves, como degeneração e até perda de parte dos intestinos. Até o início da alimentação, o bebê deverá permanecer com uma sonda orogástrica, permitindo a saída de ar do estômago e facilitando a respiração.

A alimentação propriamente dita ocorrerá quando indicada, com pequena quantidade de leite, por sonda gástrica, para o bebê pré-termo que não possa

sugar (peso inferior a 1.700g e idade gestacional inferior a 33 semanas), ou por via oral (sucção) naquele mais maduro e com maior peso. Para o bebê com peso inferior a 1.500g, a alimentação será fornecida de duas em duas horas, e com mais de 1.500g, será de três em três horas. No caso de um bebê prematuro ao extremo, que não aceita bem a dieta por sonda (por gravidade), poderá ser utilizada a gastróclise (dieta por infusão contínua em bomba) em trinta minutos, uma ou duas horas, dependendo do caso.

O recém-nascido prematuro que consiga sugar o fará inicialmente na chuca ou mamadeira, e quando alcançar um volume maior de leite, com sucção eficaz, poderá sugar diretamente o peito materno e também o leite poderá ser dado através de copinhos ou seringas. Esta medida visa facilitar o desenvolvimento da sucção ao peito, já que o tipo de sucção em mamadeira é diferente daquele que o bebê desenvolve quando começa a mamar ao peito materno. Outro aspecto importante é que, no caso de um bebê prematuro que alcança condições de iniciar a sucção, a sonda poderá ser colocada através do nariz, para liberar a boca e permitir assim uma sucção mais eficaz.

Vale lembrar que o bebê prematuro extremo, que muitas vezes demora semanas para começar a sucção, pode apresentar dificuldades neste processo, não só por sua imaturidade, como também pela falta de estímulo, e muitos deles necessitarão de um fonoaudiólogo diariamente para desenvolver a sucção e a coordenação entre sucção e deglutição.

O volume inicial de leite dependerá do peso e das condições do bebê, habitualmente começando-se com 2ml ou 3ml a cada duas ou três horas, com um ou dois aumentos por dia, que não poderão ser excessivos para não haver vômitos nem o retorno do leite pela sonda. Não há necessidade de se testar o trânsito intestinal com água ou glicose, podendo-se começar logo com o leite materno ou equivalente.

O leite materno é insubstituível para a alimentação do prematuro, principalmente o da sua própria mãe, que é mais calórico, pois é mais rico em gordura e possui maior quantidade de cálcio e fósforo. Na impossibilidade de utilização do leite da sua própria mãe, o prematuro deverá ser alimentado com fórmulas específicas para ele (Pré-Nan, Aptamil Pré, Enfamil etc.). O leite de qualquer mãe de bebê a termo não está indicado para nenhum prematuro, pois sua composição é diferente, estando ainda

proibida qualquer forma de aleitamento cruzado direto (leite de outra mãe) pelo risco de transmissão de doenças como Aids e Hepatite B. Todo leite materno que porventura seja utilizado sem ser da própria mãe do prematuro deverá ser proveniente do banco de leite, com cuidados de pasteurização e esterilização.

A média de ganho de peso para os prematuros com alimentação plena é de 20g a 30g por dia. Alguns bebês com peso inferior a 1.500g poderão apresentar ganho ponderal insuficiente só com o leite materno, e neste caso está indicado o uso de aditivos apropriados (FM 85, Enfamil etc.), que aumentam a quantidade de calorias do leite materno, evitando sua substituição por leite artificial, diluído no próprio leite antes de ser oferecido ao bebê. Outra possibilidade é concentrar o leite artificial na diluição de uma medida para 25ml de água em vez de uma medida para 30ml.

Como suplementação ao leite, deverão ser oferecidas as vitaminas A, C, D e E a partir do sétimo dia de vida ou assim que o bebê estiver com sua dieta controlada. A suplementação de ferro por via oral está indicada a partir do 28º dia de vida, para o tratamento da anemia da prematuridade.

# Algumas informações sobre medicamentos

**1) TODO MEDICAMENTO** só deverá ser administrado sob orientação do pediatra.

**2) ATENÇÃO COM OS MEDICAMENTOS** (ver link)

**3)** Como o leitor perceberá, preferimos designar, em determinados momentos, alguns tipos de remédios pelos nomes genéricos para, assim, facilitar a sua aquisição. Por que procedemos assim? Para simplificar e seguindo a recomendação do Ministério da Saúde, tendo em vista a atual lei dos Genéricos, segundo a qual os médicos deverão receitar os medicamentos pelos respectivos nomes genéricos. Genérico corresponde ao termo oficial de cada substância química usada como medicamento. Por exemplo, ampicilina é o nome genérico de um medicamento cujo nome comercial é Binotal. Portanto, um medicamento genérico pode ser registrado por inúmeros nomes de fantasia, de acordo com a quantidade de laboratórios farmacêuticos que o comercializam.

**4)** Estão citados produtos farmacêuticos de laboratórios brasileiros e estrangeiros. Os postos de saúde distribuem gratuitamente alguns medicamentos, inclusive o contra a tuberculose.

**5)** Este capítulo é uma contribuição do autor para o esclarecimento dos pais e auxílio no caso de impossibilidade de ser prestado qualquer socorro médico.

**6)** Não se esqueça de que todo medicamento administrado ao bebê ou à criança, em qualquer idade, mesmo em doses absolutamente corretas, pode causar efeitos colaterais indesejáveis. Assim, aconselhamos prudência e sugerimos sempre consultar um médico.

**7) ANTITÉRMICOS e ANALGÉSICOS.** Deve-se ter bastante cautela, pois o estado febril é geralmente uma reação de defesa do organismo, visando aumentar as respostas imunológicas e, assim, às vezes pequenas elevações da temperatura corporal não necessitam ser tratadas. Todavia, temperaturas acima de 39ºC são perigosas, devendo ser tratadas com antitérmicos. Estas duas propriedades farmacológicas geralmente ocorrem simultaneamente, e em alguns medicamentos pode ocorrer também

uma ação anti-inflamatória. Os mais comumente usados são os derivados do ácido acetilsalicílico, como a aspirina e o salicilato de sódio (também anti-inflamatórios), derivados do para-acetaminofenol, como o acetaminofeno (que não apresenta efeito anti-inflamatório significativo) e os derivados da pirazolona, como a dipirona (metamizol) e a aminopirina, que apresentam potente ação analgésica, antipirética e anti-inflamatória. A família dos anti-inflamatórios é muito grande, entretanto sua aplicação só deverá ser feita pelo pediatra (diclofenaco, ibuprofeno etc.). Recentemente foi introduzida uma nova classe de anti-inflamatórios, que podem causar reações colaterais menores (gastrite etc.). Preferimos não recomendar o uso de anti-inflamatórios, sobretudo para crianças antes de dois anos de idade, porque são mais sujeitas a reações colaterais indesejáveis. Os pediatras acham mais adequado usar os analgésicos e antitérmicos habituais.

**8) ANTIALÉRGICOS.** Dentro desta classe, encontramos os *Anti-histamínicos* e os *Antisserotonínicos*. A histamina é uma das principais substâncias liberadas no organismo das crianças durante uma crise alérgica. Desta forma, os anti-histamínicos são muito eficientes no tratamento das

reações alérgicas. A família dos anti-histamínicos é muito grande e muitos destes compostos causam efeitos colaterais, como sedação, queda da temperatura corporal e sonolência exagerada. Os anti-histamínicos mais modernos, como o astemizol e a loratadine, poderão causar menores efeitos sobre o sistema nervoso central. Os bloqueadores dos receptores da serotonina parecem também apresentar efeitos benéficos como antialérgicos (entre estes, podemos citar o cetotifeno).

**9) ANTIASMÁTICOS.** Seu uso poderá provocar em algumas crianças palidez, tremor e excitação. É prudente começar sempre com doses menores do que as aconselhadas pelo laboratório (bula).

**10) ANTIBIÓTICOS**

**a)** As **PENICILINAS**, **AMPICILINAS**, **AMOXICILINAS** e **CEFALOSPORINAS** geralmente são bem aceitas pelas crianças, tanto por via oral como por via endovenosa. Entretanto, podem provocar, em alguns casos, erupções da pele. A penicilina injetável, contendo procaína, requer maior atenção.

**b)** A **RIFAMPICINA** e a **ERITROMICINA** são igualmente bem toleradas; entretanto as reações da

pele são mais frequentes do que as anteriores, ainda que benignas.

**c)** Outros antibióticos poderão acarretar, em alguns casos, quando administrados em doses elevadas e por muitos dias seguidos, problemas clínicos que necessitarão de maiores cuidados.

Os **AMINOGLICOSÍDIOS** (para problemas renais), a **ESTREPTOMICINA** (que auxilia no caso de diminuição da audição), o **CLORANFENICOL** (depressão de glóbulos brancos e vermelhos) e as **TETRACICLINAS** (para combater lesão nos dentes e distúrbios de crescimento) nunca deverão ser dados antes de a criança completar oito anos. Estes antibióticos deverão ser usados sempre com acompanhamento médico.

**11) DIARREIAS.** Na aplicação dos medicamentos, deverá ser sempre levado em consideração o estado geral da criança. Se ela apresentar olhos fundos, boca seca, desânimo, cuidado com a desidratação.

**12) CORTICOIDES.** Estes medicamentos são dotados de importantes efeitos benéficos para as crianças, mas devido a seus efeitos colaterais e mesmos tóxicos só poderão ser administrados sob supervisão pediátrica.

**13) CONVULSÕES.** Os medicamentos utilizados no tratamento das convulsões só poderão ser aplicados sob orientação do pediatra, pois poderão causar poderosos efeitos nocivos no sistema nervoso central das crianças. Poderão induzi-las ao sono profundo, ou, às vezes, efeitos contrários, que poderão agravar o quadro clínico. Assim, a indicação e o acompanhamento médico são indispensáveis.

**14) DESCONGESTIONANTES NASAIS.** A tendência atual é a de somente utilizar descongestionantes à base de soro fisiológico, pois os descongestionantes que contêm agentes vasoconstritores tendem a agravar o quadro crônico da congestão nasal, além de produzir efeitos colaterais, como alterações no sistema nervoso central (excitação ou depressão) e mesmo hipotermia (queda de temperatura).

**15) POMADAS.** Sua aplicação às vezes não poderá dar o resultado desejado, até podendo piorar o quadro. É prudente observar seu resultado antes de continuar a usá-las. Poderão aparecer reações alérgicas.

**16) POLIVITAMÍNICOS.** A criança que consome três mamadeiras (600ml) ou mais, que se alimenta diariamente de frutas, legumes verdes e amarelos e

vive ao ar livre praticamente não tem necessidade deles, sobretudo se o seu peso e altura estão normais.

**17) SULFAS.** Estes agentes quimioterápicos, apesar de bem tolerados por via oral pela criança, costumam tirar o apetite por algum tempo após a sua aplicação, podendo causar reações alérgicas.

**18) TOSSE.** Deve-se ter cautela na aplicação de sedativos derivados de opiáceos, como a codeí-na, principalmente nos dois primeiros anos de vida da criança. Doses elevadas podem causar distúrbios respiratórios e sedação.

**19) TRANQUILIZANTES** e **ANSIOLÍTICOS.** São drogas pesadíssimas, podendo ser utilizadas somente com prescrição e acompanhamento médico.

**20) VERMÍFUGOS.** Antes de aplicá-los é sempre prudente providenciar um exame de fezes da criança para ver se são necessários e qual é o tipo de parasita que deverá ser combatido, pois para cada tipo de verminose há um tipo ideal de vermífugo.

**21) REMÉDIOS CONTRA VÔMITOS.** Geralmente esses medicamentos atuam no sistema nervoso central das crianças, deprimindo o centro do vômito; portanto, deverão ser usados com muito cuidado, principalmente em crianças nervosas, com

problemas de comportamento e eletroencefalograma (EEG) anormal.

**22)** Os pais poderão dispor das denominadas "farmácias de manipulação", que preparam as fórmulas prescritas pelo pediatra.

# Índice

**A**
Abacate
Abacaxi (suco de)
Abelha (picadas de)
Abóbora
  doce de
Abscesso
Acetona
Acidentes
  como evitar
  no recém-nascido
  do terceiro ao quarto mês
  do quinto ao sétimo mês
  do oitavo ao décimo segundo mês
  do décimo segundo ao décimo oitavo mês
  do décimo oitavo mês em diante
Acidose
Adoçantes
Adoção (bebê adotado)
Afogamento
Aftas
Água
  higiene da
  no pulmão
Água-viva
Aids
Albumina
Albuminúria
Alcoólatras (mães)
Alergia
  ao leite de vaca
  a medicamentos
Alimentação

artificial (desvantagens)
mista
natural (amamentação)
vantagens da
do recém-nascido
ao quarto dia
ao sexto dia
na segunda semana
na terceira semana
na quarta semana
ao seio
no primeiro mês
no segundo mês
no terceiro mês
no quarto mês
no quinto mês
no sexto mês
do sétimo ao oitavo mês
do oitavo ao nono mês
do nono ao décimo mês
do décimo ao décimo primeiro mês
do décimo primeiro ao décimo segundo mês
no primeiro ano
no décimo quinto mês
no décimo oitavo mês
aos dois anos
Alimentos em conserva (enlatados)
Amamentação
contraindicações
cigarro
e medicamentos
Ameba
Amebíase
Amigdalite

Aminoglicosídios
Amniocentese
Amônia (cheiro de)
Analgésicos
Ancilóstomo
Andador
Anemia
  causas
  falciforme
  tratamento
Animais (perigo dos)
Animais peçonhentos
Aniversário (primeiro)
Ansiedade causada pela separação
Antibióticos
Antídoto Universal
Anúria
Apendicite
Apetite (falta de)
Apgar (teste de avaliação do recém-nascido)
Aranhas
Ar-condicionado
Articulações (doenças nas)
Artralgia (dor articular)
Artrite infecciosa
  séptica
Ascaris lumbricoides
Asfixia
  do recém-nascido
Asma
  medicamentos contra
Assaduras
Ataque
Atelectasia

Audição do recém-nascido
perda da
Autismo
Automóvel e o bebê
Aves
Avião e o bebê
Avós no lar

**B**
Babá (escolha da)
Baba
Babador
Baby-pack
Bactérias
Balança
Balanço do bebê
Banana
papa de
Banco de leite materno
Banheiras
Banho
mar, de
morno
quente
recém-nascido, do
sol, de
Barriga (dor de)
pancada na
Batata
doce
frita
purê de
Batata-doce (doce de)
BCG (intradérmica)

Bebê alérgico
amarelo
atrasado
catarral
conforto
diatésico
excepcional
exsudativo
febril
hidrolábil
hipoplásico
hipotrófico
inapetente
linfático
magro
nervoso
normal
miúdo
pós-maturo (pós-termo)
prematuro
problema
com retardado mental
Beijos
Berço
Berne
Bicos das mamadeiras
Bilinguismo
Blefarite
Boca
higiene da
Bócio
Bolsa quente e de gelo
Boqueira
Brincadeiras

Brincar
Brincos (furar as orelhas)
Brinquedos
Bronquiolite
Bronquite
Brotoejas
Brucelose

**C**

Cabeça
  pontuda
Cabelos (queda dos)
Cadeira alta
Cães
Caju (suco de)
Calazar
Cama
Campainha do céu da boca (úvula)
Canela torta
*Caput succedaneum*
Caravela (água viva)
Carbúnculo
Carne
  caldo de
  higiene da
Caroços (nódulos)
  no pênis
  no pescoço
Carrinho do bebê
Carvão ativado
Castigo
Catapora
Catarata
Caxumba

Céfalo-hematoma
Cefalosporinas
Celenterados
Celíaca (doença)
Cenoura
  sauté
Centopeia
Cercado
Cérebro (lesão do)
Chagas (doença de)
Chocolate
Choque clínico
  elétrico
Choro
  engolir (tomar) o
Chuchu (purê de)
Chupeta
Cigarro
Circuncisão
Clavícula (fratura da)
Clisteres
Cloranfenicol
Cobras (picadas de)
Coceira no ânus
Coco
Cólera
Coleta de urina
Colheres (medidas)
Cólicas
  nos três primeiros meses
Colírios
Colite
Coluna vertebral (do recém-nascido)
Coma

Comissurite
Comoção cerebral
Comprimento (do recém-nascido)
Concussão cerebral
Condimentos (temperos)
Confusão mental
Conjuntivite
  no recém-nascido
Constipação
Controle
  intestinal
  das micções
Contusão
  abdominal
  craniana
  simples
Convulsão
  do recém-nascido
Coqueluche
Coração (doenças do)
  sopro no
Coriza
Corpo estranho (engolir)
Corrimento vaginal (vulvovaginite)
Cortisona
Coto umbilical
Cotovelo (deslocamento do)
Crânio (fratura do)
Creche
Creme de leite
Crescimento (problemas de)
Criança
  alérgica
  diatésica (úmida)

excepcional
que anda tarde
que custa a falar
que manca
Cristais
Cromossomopatia

**D**
DCM
Deformações congênitas
Delírio
Dengue
Dentes (higiene dos)
Dentição
no sétimo mês
no oitavo mês
no décimo mês
no primeiro ano
no décimo quinto mês
no décimo oitavo mês
aos dois anos
Dentista
Dermatite atópica
bacteriana
de fralda
de contato
micótica
seborreica
Derrame pleural
Descamação epitelial
Desenvolvimento da inteligência
no primeiro mês
no segundo mês
no terceiro mês

no quarto mês
no quinto mês
no sexto mês
no sétimo mês
no oitavo mês
no nono mês
no décimo mês
no décimo primeiro mês
no primeiro ano
no décimo quinto mês
no décimo oitavo mês
aos dois anos
Desidratação
Desmaio
Desmame
Diabetes
Diarreia
crônica
no recém-nascido
verde
Diátese exsudativa
Difteria
Disciplina
Disenteria
amebiana
bacilar
Disfunção placentária
Disritmia
Disúria
Doença celíaca
Doença de Chagas
Dor de barriga
Dor de cabeça (enxaqueca)
Dor de garganta

Dor de ouvido
Dor nas articulações
Drogas (mãe viciada em)

**E**
Eczema
Edema angioneurótico
Educação (na primeira semana)
  conselhos
Eletroencefalograma (EEG)
Embalo
Empiema
Encefalite
Engasgo
Enjoo de viagem
*Entameba histolística*
*Enterobius vermicularis*
Enurese
Envenenamento
Enxaqueca
Enxoval
Epispadia
Epistaxe
Equimose
Erisipela
Eritema infeccioso,
Eritromicina
Escarlatina
Escorpião
Espinafre
Espinha bífida
Espirros
Esquistossomo
Esquistossomose

Esquizofrenia
Estenose do piloro
Estômago (lavagem do)
Estomatite,
Estrabismo
Estreptococcia
Estridor laríngeo congênito
Estrófulo
Estrongiloide
Evacuação
  do bebê
  com sangue
  na primeira semana
Exame pré-nupcial (concepcional)
Exantema súbito
Expulsão do reto

**F**

Falar tarde
Faringite
Farmacinha do bebê
Febre
  amarela
  da arranhadura do gato
  da mordida do rato
  do recém-nascido
  tifoide
Feijão
Fenda palatina
Fenilcetonúria
Ferimento
Ferro (necessidade de)
Fezes (na primeira semana)
Fibroplasia retrolenticular

Fibrose cística do pâncreas
Fígado (alimento)
Filtro
Fimose
Fissura anal
Fissura nos bicos dos seios
Flúor
Fogo de Santo Antônio
Fontanela
Formigas
Fototerapia
Fraldas
Fratura
  do braço (úmero)
  da clavícula
  da coxa (fêmur)
  do crânio (do recém-nascido)
Frequência cardíaca
Frituras
Frustrações do bebê
Frutas do bebê
Fumo (pai e mãe fumantes)
Fungor nasal
Furunculose

**G**

Galactosemia
Gamaglobina
Garganta (dor de)
Gastrite
Gastroenterite
Gatos
Gelatina
Gema de ovo

Gêmeos
Genética
Gengivite
Genitais (órgãos)
Genopatia
Genuvalgo
Genuvaro
Giárdia
Gigantismo
Ginecomastia
Glaucoma
Glicose (glicosúria)
Glóbulos brancos
Glóbulos vermelhos
Goela de lobo
Golfadas
Gotas
  nasais
  polivitamínicas
Grade
Granuloma (umbigo)
Gravidez
  amamentação na
  drogas na
Gripe

**H**

Halitose
Hemácias
Hemangioma
Hematêmese
Hemofilia
Hemoglobina
Hemograma

Hemorragia
das vísceras
intestinal
nasal
no recém-nascido
subconjuntival
umbilical
vaginal
Hemorragia
Hepatite
A (infecciosa)
B
Hereditariedade
Hérnia
encarcerada
epigástrica
estrangulada
inguinal
inguinoescrotal
diafragmática
umbilical
Herpangina
Herpes
simples
zóster
Hidratação
endovenosa
oral
Hidrocefalia
Hidrocele
do recém-nascido
Higiene
da água
dos dentes

da mamadeira
dos olhos
*Himenoleps nana*
Hipertireoidismo
Hipogalactia
Hipoglicemia
Hipospadia
Hipotermia
Hipotireoidismo

**I**
Icterícia fisiológica
grave
Impetigo
Imunidade
Imunoglobulina humana
Inalações
Inapetência
Incubadora
Infarto úrico
Infecções
no recém-nascido
hospitalar (no berçário)
urinária
Inflamação
Influenza
Ínguas
Ingurgitamento do seio
Injeções
Insetos
Insolação
Insônia do bebê
Insuficiência renal aguda
Insuficiência renal crônica

Intoxicação por objetos usados no lar
por desinfetantes
por gás
por medicamentos
Invaginação intestinal
Iogurte
Ipeca (xarope de)
Isolamento

**L**

Lábios
inchados
leporino
secos
Lacraia
Lacrimejamento
Lactose (intolerância à)
Lagartas urticantes
Lanugem (pelos)
Laringite
bacteriana
corpo estranho
diftérica
espasmódica
viral
*Larva migrans*
Laxativos
Legumes
do bebê
Leishmaniose
Leite
Leptospirose
Leucemia
Língua

Linguagem
Lombriga
Longa Vida
Luxação

**M**
Maçã
Mãe que trabalha fora de casa
Malária
Mal dos sete dias
Malformação
Mama
  tumefação da
Mamadeira
  esterilização da
  da noite
  preparo da
Mamão
Mancar
Manchas
  mongólicas
  roxas
  vermelhas
Manteiga
Mãos e pés roxos
Marimbondos
Massas
Mau hálito
Mecônio
Medicamentos
  alergia a
  cuidados com os
Medidas para alimentação
Medo

Megacolo
Meias
Mel
Membrana hialina (doença da)
Membros do recém-nascido
Meningite
Menstruação
Micções (controle da)
Micoses
Microcefalia
Micrognatia
Milium
Miolos
Moleira
Molusco contagioso
Mongolismo (síndrome de Down)
Monilíase
Mononucleose infecciosa
Mordida
  de cachorro
  de gato
  de rato
  humana
Móveis do bebê
Mucoviscidose

**N**
Nariz (desinfecção do)
  entupido
Natação e o bebê
  curso de
Nebulização
*Necator americanus*
Neuroviroses

Novo alimento (cuidados)

**O**
Obesidade
Obstrução nasal
Olfato
Olhos
  desinfecção
  higiene dos
  manchas vermelhas nos
  traumatismo nos
Oligúria
Onfalocele
Orelha de abano
Orelhas (furar)
Órgãos
  do sentido
  genitais
Ossos (doença nos)
Osteomielite
Otalgia
Otite
Ouvido (desinfecção do)
Oxiúros

**P**
Paladar do recém-nascido
Pancada
  na cabeça
  na barriga
  nos olhos
Panículo adiposo
"Pano branco"
Pão

Papinha de fruta (preparo)
Parafimose
Parainfluenza
Paralisia
  cerebral infantil
  facial
  infantil
Paroníquia
Parto
Pasta d'água
Pé
  chato
  convergente
  de atleta
  de periquito (supinado)
  deformidades do recém-nascido
  pronado
  torto
Pediatra (escolha do)
Pediculose
Peito de pombo
  em funil
Peixe
Pele (do recém-nascido)
  amarela
  doenças de
Pelos (precoces)
  no recém-nascido
Penicilinas
Penico
Pênis (problemas no)
  caroço amarelo no
Pera
Pereba

Perímetro cefálico
Periporite
Perleche
Pernas
  tortas
  problemas nas
Personalidade
  no primeiro mês
  no segundo mês
  no terceiro mês
  no quarto mês
  no quinto mês
  no sexto mês
  no sétimo mês
  no oitavo mês
  no nono mês
  no décimo mês
  no décimo primeiro mês
  no primeiro ano
  no décimo quinto mês
  no décimo oitavo mês
  aos dois anos
Pertussis
Pesadelos
Pescoço (caroço no)
Peso (do recém-nascido)
Peso e altura
  no primeiro mês
  no segundo mês
  no terceiro mês
  no quarto mês
  no quinto mês
  no sexto mês
  no sétimo mês

no oitavo mês
no nono mês
no décimo mês
no décimo primeiro mês
no primeiro ano
no décimo quinto mês
no décimo oitavo mês
aos dois anos
Picadas de insetos
Pielonefrite
Pigmentos biliares
Piolhos
Piscinas infláveis
Piúria
Pleuris
Pneumonia
Pneumotórax
Pólio
Poliomielite
Poliúria
Pós-maturo (pós-termo)
Praia
Prato do bebê
Prematuro (pré-termo)
Primeiros passos
Prisão de ventre
Pronação
Prurido anal
Psitacose
Puberdade precoce
Púrpura
anafilática
alérgica
de Henoch-Schönlein

trombocitopênica
Pus na urina

**Q**
Quarentena
Quarto do bebê
Queda
Queimadura
solar
Queixo (torto)
tremor do
Quinta moléstia

**R**
Raiva
Rato (mordida de)
Recém-nascidos
(exame dos)
(infeções)
(primeiros cuidados)
Reflexos
Refluxo
Refogado
Refrigerantes
Regimes
para o primeiro ano
para os dois anos
Regurgitação
Remédios contra alergia
cuidados
Resfriados
Respiração
artificial
dificuldades na

para o recém-nascido
ruidosa
Ressuscitação cardíaca e pulmonar
Retardo mental
Rh (incompatibilidade)
Rifampicina
Rivalidades – brigas
Ronqueira
do bebê
*Roseola infantum*
Rosto
inchado
Rotavírus
Roupas (bebê)
Rubéola

**S**

Sais minerais
Saladas
Salmonelose
Sapatos
Sapinho
Sapos
Sarampo
Sarna
Seborreia do couro cabeludo
Seios aumentados
higiene dos
preparo dos
Separação (entre pais e filhos)
Septicemia
Seringas descartáveis
Sexta moléstia
Shigelose

Sífilis
Sinais de saúde
Sindatilia
Sintomas de alerta
Sinusite
Socorros urgentes
Solitária
Soluços
Sono
Sonolência
Sopro (no coração)
Sorvete
Subalimentação
Suco de frutas
    e vitaminas
Suflê
Sufocação
Sugar (necessidade do bebê)
Sulfas
Superalimentação
Supositórios
Surdez

**T**

*Taenia*
    *saginata*
    *solium*
Talassemia
Taquicardia
TDAH
Telefone
Televisão
Temperatura
    recém-nascido

baixa
Temperos
Terçol
Termômetro
Teste do pezinho
Testículos (ausentes)
Tetania
Tétano
Tifo
epidêmico
*Tinea*
*capitis*
*corporis*
*pedis*
Tinha da pele
do couro cabeludo
Tireoide
Toalete (material de)
Tomar o choro (engolir)
Tomate
sopa de
suco de
Tombo
Tono
Tórax
Torção da tíbia
Torcedura
Torcicolo
Tosse
Toxoplasmose
Tranquilizantes
Traqueíte
Traumatismo
abdominal

craniano
no globo ocular
Travesseiros
*Trichuris trichiura*
Tricocéfalo
Troninho (vaso sanitário)
Tuberculose
Tumefação da mama
Turgor

**U**
Umbigo (coto)
(afecções no)
granuloma do
Unhas (doenças nas)
Urina
amarela
coleta da
criança que urina à noite
disúria
do recém-nascido
emissão da
exame de
infecção da
laranja
marrom
que urina muito
que urina pouco
vermelha
volume de
Urinol (uso do)
Urobilina
Urticária
Uva (suco de)

Úvula bífida

**V**
Vacinas
  anti-Rh
  contra a meningite epidêmica
Vacinações obrigatórias
  esquema de
  antituberculosa BCG
  contraindicações
  contra catapora
  contra a febre amarela
  contra a febre tifoide
  contra a hepatite B
  contra o *haemophilus*
  contra o tétano
  contra o tifo
  oral Sabin (no segundo mês)
  tríplice (no segundo mês)
  no quarto mês
  no sexto mês
  no sétimo mês
  no décimo quinto mês
  no décimo oitavo mês
Vagina
  corrimento na
Varicela
Varíola
Vermífugos (cuidados)
Verminoses
*Vernix*
Verrugas
Vesgo (bebê)
Vespas

Viajando com o bebê
Vídeo do bebê
Viroses
Visão
  do recém-nascido
Visitas
Vitamina
  gotas polivitamínicas
  C
Vômitos
  do recém-nascido
  com sangue
Vulvovaginite

*Agradecimentos:*
Climuno
Clínica Perinatal Laranjeiras
Dra. Aline Pinheiro
Dra. Andréa Bacelar
Professor Dr. Carlos Giesta
Professor Dr. Carlos Roberto Paiva Gonçalves
Dra. Gisela Mello Schmidt
Dr. João Bosco Magalhães
Dr. João Henrique Leme
Professor Dr. José Manoel Jansen
Dr. Josther Garcia
Professor Dr. Luís Cesar Póvoas
Dr. Nelson Moraes
Dra. Paula Leme
Dra. Rafaela Marins
Professor Dr. Roberto Soares de Moura
Dra. Rosa Célia

Claudia Lebelson
Elisabeth Pasin
Funny Faces
Josélia Paula de Carvalho
Maria Torres
Patrícia Falbo Alves de Oliveira
Regina Célia Gonzalez Faria
Sheila Soares

*Crianças:*

Allana Martins Pinto, Ana Clara Monteiro Marinho, Barbara Biancucci, Beatriz Lagemann Moura, Bernardo Cajueiro, Brenda Engelage, Bruna Machado, Bernardo Hippert, Caio de Lamare, Caio de Moura Felgueiras, Carolina Corrêa Barros, Carolina Pasin, Caroline Aszmann, Davi Reis, Débora Cunha Luterman, Dora de Lamare, Gabriel de Chermont, Gustavo Fidalgo M. Costa, Gustavo Lerner Moreira, Gustavo Moreno Silva Anciães, Iarin Nigri, Isadora Corrêa Barros, Isadora Goldbach, João Ivanissevich, João Pedro Barbosa de Oliveira, João Pedro Gomes Vieira, Katharina Leal Araujo, Luana Belmont Firpo, Lucca Barroso Filipaki, Lucca Martins Pais, Luisa Hippert, Luiza Garboggini, Luma Machado, Luna Augusto de Figueiredo Rodriguez, Mariana Garboggini, Marina Pamplona Moll, Matheus Godoy, Nina Martins Pais, Pablo Zippinotti Zanith Leal, Thiago Godoy, Victor Mairos Antônio, Yasmin Quintas Arias Gomes.

# EQUIPE DE REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DESTA EDIÇÃO

## Subcoordenadora

### Thatiane Ferreira Pignatari Mahet

Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Pós-graduação em Alergia e Imunologia pelo IPPMG/UFRJ
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Membro do grupo editorial da edição brasileira da revista *Pediatrics in Review* da Academia Americana de Pediatria
Graduada em Medicina pela UFRJ

## Colaboradores (em ordem alfabética)

### Ana Carolina Botelho

Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Residência Médica em Infectologia Pediátrica pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Pós-graduação em Infectologia Pediátrica Avançada pelo IFF/Fiocruz Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Graduada em Medicina pela Fundação Técnico-educacional Souza Marques – FTESM

## Bianca Carareto Alves Verardino

Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Residência Médica em Medicina do Adolescente pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – Nesa/Uerj
Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

## Bruno Leite Moreira

Vice-diretor-geral do IPPMG/UFRJ
Pós-graduação em Gestão em Saúde pelo Instituto Coppead/UFRJ
Pós-graduação em Gestão Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz
Pós-graduação em Saúde e Segurança do Trabalhador pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac
Pós-graduação em Saúde Pública pela Universidade do Rio de Janeiro (Unirio)
Vice-Diretor Presidente do Instituto Prevenir é Saúde
Graduado em Enfermagem pela Unirio

## Cássia Vaz

Residência Médica em Pediatria pela Unirio – Hospital Universitário Gaffreé e Guinle
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Instrutora do Pediatrics Advanced Life Support (Pals) pela Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (Soperj)

Título de Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Membro do grupo editorial da edição brasileira da revista *Pediatrics in Review* da Academia Americana de Pediatria
Graduada em Medicina pela UFRJ

## Iria Garcia Faria

Chefe da Divisão de Nutrição do IPPMG/UFRJ
Graduada em Nutrição pela UFRJ
Especialização em Nutrição Clínica pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
Membro da Equipe de Suporte Nutricional em Pediatria do IPPMG/UFRJ
Preceptora de alunos da graduação em Nutrição da UFRJ
Preceptora de residentes multiprofissionais do IPPMG/UFRJ

## Ísis de Melo Alves

Diretora da Divisão de Odontologia do Instituto Prevenir é Saúde
Consultora da Divisão de Produtos Odontológicos do Silvestre Labs
Dentista Responsável pela Programa de Saúde do Atleta da Confederação Brasileira de Desportos Aquáticos (CBDA)
Graduada em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá
Membro do grupo editorial da edição brasileira da revista

*Pediatrics in Review* da Academia Americana de Pediatria
Membro da Comissão Científica da Associação de Epidermólise Bolhosa do Estado do Rio de Janeiro (Aeberj)

## Janaina J. S. Machado

Doutoranda da Faculdade de Medicina da UFRJ – Radiologia
Mestre em Ciências Morfológicas pela UFRJ
Graduada em Farmácia pela UFRJ
Gerente de Produção na empresa Cryopraxis Criobiologia Ltda.
Consultora Científica na empresa CellPraxis Bioengenharia Ltda.

## Jaqueline Elaine Luiz Fernandes

Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Residente em Alergia e Imunologia pelo IPPMG/UFRJ
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Graduada em Medicina pela UFRJ

## Juliana de Paula Copio Silva

Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Alfenas (Unifenas)

## Leonardo Araújo de Medeiros

Pós-graduando em Alergia e Imunologia

Pediátrica/UFRJ
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria

## Maraisa Fachini Spada

Graduada em Medicina pela UFF
Pós-graduação em Pediatria pela UFRJ
Pós-graduação em Cardiologia Pediátrica pelo Hospital Federal de Bonsucesso
Mestranda de Saúde Materna e Infantil da UFF

## Maria Helena A. Nicola

Professora titular do Instituto Federal de Química – IFQ/RJ
Doutora em Ciências Morfológicas pela UFRJ
Mestre em Ciências Modalidade Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Especialista em Imunologia pela Organização Mundial da Saúde (OMS)
Graduada em Biologia pela UFRGS
Consultora científica nas empresas CellPraxis Bioengenharia Ltda. e Cryopraxis Criobiologia Ltda.

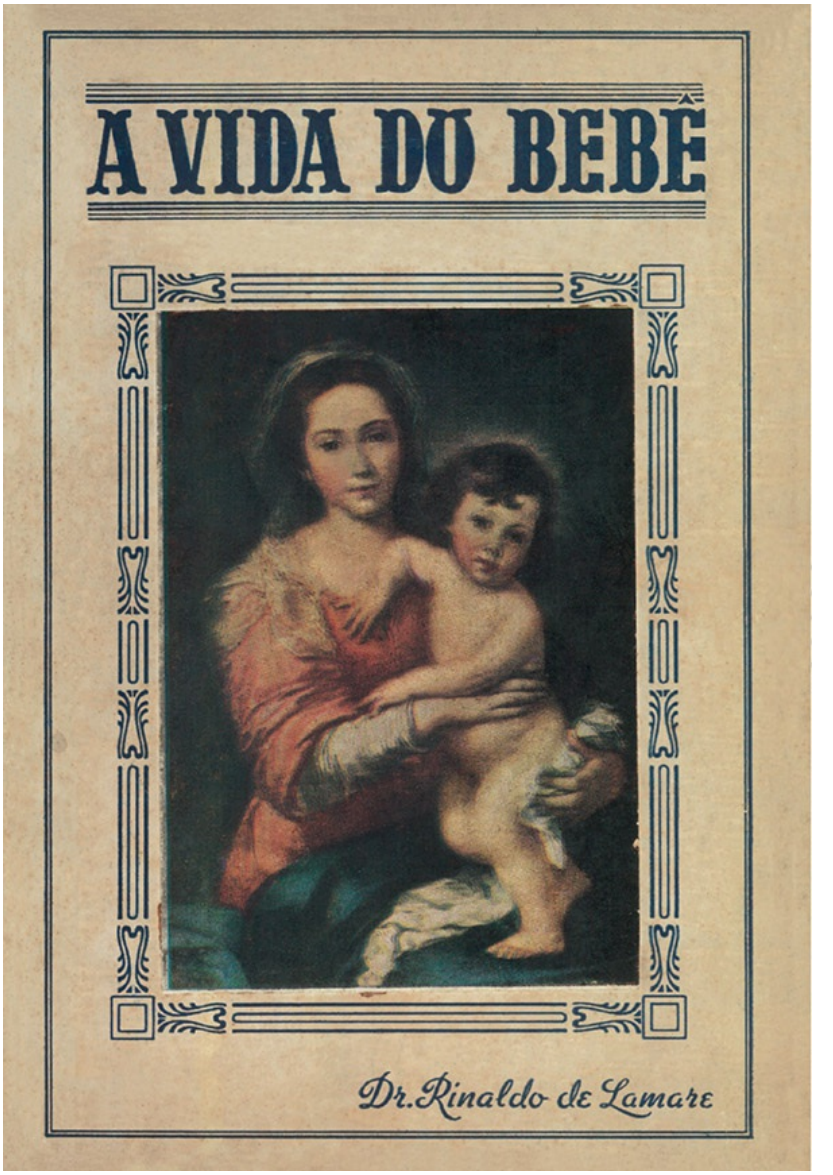
## Mariana de Queiroz Araújo Gomes

Graduada em Medicina pela FTESM Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Residência Médica em Genética Médica no IFF/Fiocruz

## Mariana Mader Pires de Castro

Graduação em Medicina pela Universidade Estácio de Sá
Residência em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Residência em Endocrinologia Pediátrica pelo IPPMG/UFRJ
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria

# A vida do bebê – um pouco de história




Capa da primeira edição de *A vida do Bebê*, em 1941.

O professor e presidente da Academia, Deolindo Couto, entrega a medalha de novo acadêmico ao professor Rinaldo de Lamare, em 1982, numa cerimônia de posse na Academia Nacional de Medicina.

O prof. Rinaldo de Lamare com seus três netos, Rodrigo, Patricia e Cristina, no jantar oferecido em sua casa, após sua posse como membro titular da Academia Nacional de Medicina, em 1982.

Prof. Rinaldo de Lamare toma posse como presidente da Academia Nacional de Medicina em 1991.

Rinaldo de Lamare com suas duas filhas, Germana e

Maria Thereza, ao lado de sua mulher, Germana, e seus três netos na festa de posse na Academia em sua casa em Ipanema, av. Vieira Souto, 50.

Rinaldo de Lamare reunido com a família no Outeiro da Glória em comemoração às Bodas de Brilhantes do casal, em 1996.

Prof. Edimilson Migowski, atual revisor e atualizador de *A vida do bebê*, em sua mais nova edição, cercado pelos oito bisnetos do prof. Rinaldo de Lamare: Gabriela e Bruna, as mais velhas, sentadas ao seu lado; Rafael e Carolina, em pé ao fundo; e, sentados no chão, Eduarda e Caio. No colo do professor estão Felipe e Dora, a mais nova bisneta de Rinaldo, atualmente com quatro meses.

O prof. Rinaldo de Lamare, cercado de crianças, em visita a uma creche no Rio de Janeiro. Reportagem da revista Manchete, 4 de maio de 1991.

Coordenador-geral

## Professor Doutor Edimilson Migowski

Professor Adjunto Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Diretor-geral do Instituto de Pediatria da UFRJ (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG)
Doutor em Medicina, área de concentração Doenças Infecciosas e Parasitárias, pela UFRJ
Mestre em Medicina, área de concentração Pediatria, pela UFRJ
Pós-graduação em Gestão em Saúde pelo Instituto Coppead/UFRJ
Membro Titular da Academia Nacional de Farmácia
Membro Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
Diretor Presidente do Instituto Prevenir é Saúde
Residência Médica em Pediatria pelo IPPMG/UFRJ
Graduado em Medicina pela UFRJ
Título de Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria
Membro da Sociedade Europeia de Infectologia Pediátrica
Editor Chefe da edição brasileira da revista *Pediatrics in Review* da Academia Americana de Pediatria

# Telefones úteis

Pediatra:

Polícia:

Assistente:

Corpo de Bombeiros:

Pronto-socorro infantil:

Táxi:

Hospital próximo:

Escola:

Farmácia:

Parentes/amigos: